Der Suizid in den Bayerischen Bezirkskrankenhäusern

Empirische Untersuchung

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
in der gesamten Medizin
an der Ludwig-Maximilians-Universität
zu München

vorgelegt von
Klaus-Dieter Gorenc
aus
Rendsburg

1981

AUS DEM MAX-PLANCK-INSTITUT FÜR PSYCHIATRIE MÜNCHEN

Dir. Prof. Dr. D. Ploog

DER SUIZID IN DEN BAYERISCHEN BEZIRKSKRANKENHÄUSERN

EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig - Maximilians - Universität zu München

vorgelegt von
Klaus-Dieter Gorenc
aus
Rendsburg

Jahr
1981

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. W. Feuerlein

Mitberichterstatter: Prof. Dr. med. H. Hippius

Dekan: Prof. Dr. med. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 26.11. 1981

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A b s t r a c t

GORENC, KLAUS-DIETER:

DER SUIZID IN DEN BAYERISCHEN BEZIRKSKRANKENHÄUSERN - EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG

Es handelt sich um eine retrospektive Erhebung, um festzustellen, daß in der Dekade von 1967 - 1976 gegenüber der ersten Dekade von 1950 - 1959 in den 10 Krankenhäusern die Zahl der Suizide zugenommen hat, ob es sich um eine relative oder absolute Zunahme handelt und womit sie zusammenhängt.

Es ergab sich eine signifikante Zunahme der Suizide in der 2. Dekade. Die absolute Suizidhäufigkeit stieg in den 10 Häusern, die Suizidrate dagegen nahm nur in 2 Häusern zu. Es bestätigte sich ein Zusammenhang zwischen Bettenzahl, Aufnahmeziffern und Suiziden nur in der 1. Dekade. Es zeigte sich kein Zusammenhang zwischen Arzt- und Pflegepersonal-Patienten-Schlüssel sowie zwangsweiser Aufnahme und Zahl der Suizide.

Nach der Einzelanalyse der Suizidfälle konnte bestätigt werden, daß alleinstehende Patienten, die mehrmals wegen chronischer Depression bzw. Schizophrenie stationär psychiatrisch behandelt wurden und Selbstmordversuche in der Vorgeschichte zeigten, ein hohes Suizidrisiko haben. Die Suizidgefahr zeigte sich am stärksten bei Patienten, die wegen eines akuten Schubs ihrer Krankheit zwangsweise eingeliefert wurden, und die Gefahr ging nach dem 1. Jahr der stationären Behandlung zurück.

Inwieweit die bestätigte signifikante Zunahme der Suizide in der 2. Dekade mit der Liberalisierungsbewegung zusammenhängt, konnte wegen fehlenden Datenmaterials nicht bewiesen werden. Gleichwohl konnte eine signifikante Zunahme der Suizide in der Phase nachgewiesen werden, in der allmählich Momente der Liberalisierung eingeführt wurden.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547022_0003

Figur Nr. 1 (Gravierung)
Prof. R. Galvén. Leiter der Abteilung für Plastik. Kunstakademie der Autonomen Nationaluniversität von Mexiko.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Allgemeine Einleitung	1
2. Geschichtlicher Überblick	3
3. Erste Untersuchung	
3.1. Fragestellung	13
3.2. Methodik	14
3.3. Ergebnisse	15
3.4. Diskussion	24
4. Zweite Untersuchung	
4.1. Einführung und Fragestellung	31
4.2. Methodik	33
4.3. Ergebnisse	35
4.4. Diskussion	79
5. Suizidverhütung im psychiatrischen Krankenhaus	1o5
6. Zusammenfassung	1o8
7. Literaturverzeichnis	111
8. Danksagung	122
9. Lebenslauf	123

Einleitung

1. Allgemeine Einleitung

Bei dieser Arbeit handelt es sich um eine retrospektive Erhebung, bei der festzustellen ist, ob es stimmt, daß von 1967 bis 1976 in Vergleich zu 1950 bis 1959 in Bayern und speziell in den Bezirkskrankenhäusern die Zahl der Suizide zugenommen hat, ob es sich um eine relative oder absolute Zunahme handelt und womit sie zusammenhängt. Ferner inwieweit Aufnahmezahl, Bettenzahl oder auch Phänomene wie z.B. Liberalität der Behandlung auf die Suizidhäufigkeit Einfluß haben (66, 74). Bis heute ist die Suizidhäufigkeit in den bayerischen Bezirkskrankenhäusern noch nicht zusammengefaßt /im Gegensatz/zum Rheinland (54). dargestellt, z.B.

Internationale Untersuchungen haben gezeigt, daß der Suizid signifikant häufiger bei Patienten psychiatrischer Krankenhäuser als in der Gesamt-Bevölkerung vorkommt (5, 6, 7, 17, 38, 42, 43, 55, 60, 64, 79, 85, 96, 99, 101, 107, 110), und daß Suizide trotz umfangreicher Vorbeugungsmaßnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern nicht zu verhindern sind. Es erschien uns deswegen wichtig, zu überprüfen, welche Faktoren mit dieser Erhöhung in Zusammenhang stehen.

Da diese Untersuchung von allgemeinen Faktoren ausgeht, die wahrscheinlich Suizid auslösen und dann zu der Analyse der einzelnen Suizidfälle führt, und weil die auslösenden Faktoren zeitlich und räumlich sehr variieren, ergab sich die Notwendigkeit, diese Untersuchung in zwei Teile zu gliedern:

Erstens wurden allgemeine Variablen, die möglicherweise einen Einfluß auf den Suizid haben, dargestellt, wie z.B.: Größe des Krankenhauses, Krankenbewegung pro Jahr, Ärzte und Pflegepersonal - Patienten - Schlüssel sowie die Zwangsaufnahme. Als Unterlage für diese Auswertung dienten die Jahresberichte (45) von zehn bayerischen Bezirkskrankenhäusern.

Der zweite Teil befaßt sich mit den psychosozialen Faktoren der einzelnen Suizide, die in den psychiatrischen Einrichtungen vorgekommen sind. Diese Daten wurden aus den Krankenblättern entnommen.

Die allgemeinen umfangreichen Suiziduntersuchungen befaßten sich bisher relativ selten mit den vorgekommenen Suiziden im psychiatrischen Krankenhaus, so daß es tunlich ist, einen Überblick dieser Suizidfälle darzustellen. Um festzustellen, wie und seit wann die Suizide in der Geschichte des Krankenhauses erforscht wurden, ist es erforderlich, eine geschichtliche Zusammenfassung zu geben, wie das Krankenhaus im allgemeinen entstand und wie sich das psychiatrische Krankenhaus von dort aus entwickelt hat.

2. Geschichtlicher Überblick

Der Suizid als ein allgemeines menschliches Phänomen wurde schon in den außerchristlichen Kulturen erwähnt, z.B. im Alten Testament wurden fünf Suizide beschrieben. Es ist auch bekannt, daß in jeder geschichtlichen Epoche der Suizid vorkam und von der Gesellschaft unterschiedlich beurteilt wurde. So wurden z.B. im mittelalterlichen Europa Selbstmörder nicht christlich beerdigt, im Gegensatz dazu gab es in der Mayakultur eine Selbstmordgöttin (Codex Dresdensis). Die Selbstmörder standen unter dem Schutz dieser Göttin "Ixtab", die mit einem Seil um den Hals dargestellt war (Abb. 1). Man kann vermuten, daß das Erhängen eine übliche Suizidmethode bei den Mayas war. Als Ergebnis dieses Glaubens war es unter den Mayas üblich, wegen trivialer Motive oder wegen einer leichten Verstimmung Suizid zu verüben. Sie glaubten, auf diese Weise einen Platz im Himmel zu erreichen.

Die älteste Suizidstatistik, die sich mit dem Selbstmord, der in der gesamten Bevölkerung vorkam, befaßt, wurde in Schweden erstellt. Sie reicht bis in die Mitte des 18. Jahrhunderts zurück (26, 60). 1864 brachte A. WAGNER in Hamburg eine recht brauchbare Statistik heraus. Vier Jahre später erschien eine preußische Suizidstatistik (26) und 1897 folgte E. DURKHEIM (27) mit seiner umfangreichen Suizidkasuistik; danach wurden systematisch Suizidstatistiken durchgeführt, an denen sich alle Länder beteiligten. Aber trotz aller Bemühungen gibt es viele Dunkelziffern, denn wegen der Tabuisierung des Suizids werden in mehreren Ländern viele Suizide nicht registriert. Dagegen werden die Suizide, die im psychiatrischen Krankenhaus vorkommen, erst seit etwa einhundert Jahren untersucht.

Abb. 1: I x t a b, Selbstmordgöttin der Mayakultur
(Codex Dresdensis)

Den Vorläufer des Krankenhauses finden wir bei den Griechen, und zwar im Tempel von Aesculap in Epidauros, Pergamon und Kos (31), wo die Patienten mit einer magisch-religiösen Zeremonie behandelt wurden. "Unter ihnen war besonders der von Epidauros bedeutsam, dem zur Unterbringung der dorthin pilgernden Kranken eine Art von Hospital angegliedert war, in dem Priester-- und Laienärzte Dienst taten. Im übrigen muß es im griechischen Altertum eine Art privatklinischen Betriebes in den Häusern der Ärzte gegeben haben und natürlich -- besonders auch später bei den Römern-- Militärlazarette. Der ursprüngliche christliche Beitrag zur Geschichte des Krankenhauses besteht in jenen Hospitälern, die mit Sicherheit bereits im 4. Jahrhundert n. Chr. (3) verbreitet waren"(118). Es gibt Berichte, daß zum ersten Mal Abteilungen für Geisteskranke in arabischen Krankenhäusern entstanden, und zwar in Bagdad um 750 und in Cairo 873. In dieser Zeit wurden in Europa Geisteskranke in Klöstern untergebracht. Hier gibt es auch Diskrepanzen bei den Daten, denn SCHULTE (104) meint, daß die oben genannten Spitäler, dazu noch Fez, schon Spitäler für psychisch Kranke waren. ACKERKNECHT (3) dagegen vertritt die Meinung, daß es eine Entwicklung von Abteilungen zu Spezialanstalten für Geisteskranke gab. Sie wurden in Damaskus 800 (für SCHULTE (104) 1270), Aleppo 1270 (104), Kalandum 1283, Cairo 1304 und Fez 1500 (für SCHULTE (104) Fez 700) erbaut (3), wo die Geisteskranken von der damaligen Zeit an bis heute sehr gut behandelt wurden, was sich aus den Lehren des Korans ergab und was später auch ins arabische Spanien übernommen wurde.

Im mittelalterlichen Europa wurden die Geisteskranken sich selbst überlassen: manche lebten mit ihren Familien zusammen, aber auch gegen Entgeld wurden diese Kranken bei Fremden untergebracht. Wenn die Mittel fehlten oder diese Kranken für die Allgemeinheit gefährlich erschienen, wurden die Staatsbehörde eingeschaltet und die Kranken wurden in Zuchthäusern, "Tollkisten "oder" Torenkästen" verwahrt (80).

Auch einige Klöster schützten die Geisteskranken, denn man glaubte in der damaligen Zeit, daß diese Kranken entweder vom Teufel oder bösen Geistern besessen waren (3).

Die ersten Abteilungen für Geisteskranke in allgemeinen Krankenhäusern in Europa entstanden in: Metz 1100, Braunschweig 1224 (104), Bethlem-Hospital 1247 (80) sowie in Paris, Lyon, Montpellier, München, Freiburg, Zürich und Basel (3). Das erste Spital für Geisteskranke wurde in Granada 1365 bis 1367 auf Wunsch von Mohammed V. erbaut. Gleich danach berichtete Juan Delgado Roig über die Gründung, aber nicht über die Wirksamkeit der Spitäler für Geisteskranke in Valencia 1407 (Los Desamparados), Zaragoza 1425, Sevilla und Valladolid 1436 (3), Barcelona und Toledo 1483 (31). In Mexiko eröffnete 1567 Bernadino Alvarez das erste Spital für männliche Geisteskranke auf dem amerikanischen Kontinent (3).

Die ersten Eintragungen über Verwahrung, Kostentilgung und Abschiebung von "Toren", "Unsinnigen" und "Narren" erschien im 14. Jahrhundert (80). Hier stellt sich die Frage, ob schon in dieser Zeit einige andere Registrierungen über Krankheitsverlauf oder gar auch Suizid gemacht wurden. Noch im 17. Jahrhundert wurden Geisteskranke mit Bettlern, Vagabunden, Prostituierten, "Ungläubigen" und Strafgefangenen gemischt und in die sogenannten "hôpitaux généraux" (Bicêtre und Salpentriêr) in Frankreich, "Zuchthäusern" in Deutschland und "workhouses" in Großbritannien gesperrt, wo keine Art von Behandlung oder Registratur stattfand (3). Mehr als tausend Jahre mußten die Geisteskranken warten, bis man sie wie kranke Menschen behandelte. Den ersten Schritt zur Humanisierung machte PINEL (1745 bis 1826); er beschrieb in seinem Buch "Medizinisch-Philoso-

phisches Traktat des Geistes" (1801) wie man die Geisteskranken behandeln soll. Hier erwähnte er die Suizidgefährdung bei den Kranken. Ebenso behauptete er, daß Suizid eng im Zusammenhang mit der Geisteskrankheit steht (82). Die vielleicht erste Suizidstatistik des psychiatrischen Krankenhauses im deutschsprachigen Raum stellte HASSE 1885 auf. Über dieses Geschehen schrieb er: "Der Suizid ist eine unheimliche Erscheinung; er ist das böse Gespenst in unseren Irrenanstalten, das uns nie zur Ruhe kommen läßt" (4o).

Zu diesem geschichtlichen Überblick gehört eine Zusammenfassung der Weltliteratur, die sich mit dem Suizid im psychiatrischen Krankenhaus befaßt. Man kann diese Literatur in zwei Abschnitte gliedern: Der erste beinhaltet das Suizidvorkommen in verschiedenen Ländern. Hieraus ergibt sich, daß es grundsätzlich keine großen Unterschiede in der Erscheinung des Suizidphänomens gibt. Eine weitere Einteilung der Suizidliteratur wurde nach den Behandlungsmethoden dargestellt. Inwieweit diese Epochen einen Einfluß auf den Suizid haben, war nicht erhebbar, weil die in Frage kommenden Daten unter sich nicht homogen oder vergleichbar sind. Mit diesem Problem hat sich schon JENSEN (49) 1966 auseinandergesetzt. Er meint, daß eine Vergleichsuntersuchung dieser Art nicht ergiebig ist, denn in letzter Zeit haben sich viele Änderungen im psychiatrischen Krankenhaus ergeben: Es wurden ganz andere Kategorien von Patienten aufgenommen und auch die Behandlungsmöglichkeiten haben sich stark verändert.

Die Einteilung nach den verschiedenen Behandlungsmethoden im psychiatrischen Krankenhaus wurde nach den Angaben von LONNQVIST (66) und SAUGSTAD (99) zusammengestellt:

1841 bis 1920 die Periode der Bewahrung.

1921 bis 1950 die institutionelle Periode mit der Einführung einiger somatischer Behandlungsmethoden, wie z.B. Cardiazol- und Insulin-Behandlungsmethoden und 1937 die Einführung der Elektrokrampftherapie.

1951 bis 1960 die Elektrokrampftherapie und Psychopharmakaperiode; zusätzlich die dynamisch orientierte Psychotherapie. Die Einführung der Psychopharmaka war von Land zu Land sehr verschieden, aber gegen Ende der 50er Jahre waren die Neuroleptika weltweit verbreitet.

1961 bis 1974 stabilisierte sich die Psychopharmakabehandlung; es wurde das Open-Door-System und das therapeutische Milieu systematisiert und seit 1969 spielt die Sozialpsychiatrie eine wichtige Rolle.

Übersicht der internationalen Selbstmordstatistik im psychiatrischen Krankenhaus von 1885 bis 1979

Tab. 1: Der Suizid im psychiatrischen Krankenhaus in den deutschsprachigen Ländern

Autor	Ort der Untersuchung	Jahre der Untersuchung	Z Jahre	Erscheinungsjahr	Suizide
Hasse	Königslutter	1866-1884	18	1885	10
Edel	Charlottenburg	1885-1890	5	1891	4
Pelman	Grafenberg	1876-1885	10	1891+	12
Hagen	Erlangen		25	1891+	6
Kreuser	Winnenthal		50	1891+	29
Mülberger	Heppenheim		10	1891+	3
Lange	DDR	1954-1963	10	1966	13
Koester	6 BezirksKH Rheinland	1962-1967	6	1969	79
Schwarz	BezirksKH Schleswig-Holstein		10	1969	112
Petri	Psychiat. Nervenklin. Berlin	1951-1968	17	1970	14
Ritzel	Univ.Göttingen	1955-1970	16	1974	18
Schmidt	Charlottenburg,Berlin	1963-1976	13	1977	4
Ernst++	Zürich, CH	1900-1977	77	1979	135

+wird von Edel zitiert

++enthält die Untersuchung von 1974

Tab. 2: Suizid im psychiatrischen Krankenhaus in den englischsprachigen Ländern

Autor	Ort der Untersuchung	Jahre der Untersuchung	Z Jahre	Erscheinungsjahr	Suizid
Benham	Fishponds, England	189o-19o2	12	19o3	135
Jameison	Bloomigdale Hosp.NewYork USA	1912-1932	2o	1933	25
Lipschutz	Eloise Hosp. Michigan,USA	1929-1941	14	1942	18
Wall	New York,USA	1933-1943	1o	1944	33
Levy	Easten State Hosp.Washington,USA	1891-1949	58	1953	58
Banen	Belmont,USA	1928-1953	25	1954	11
Pokorny+	VAH,Texas,USA	1949-1963	15	1964	117
Wheat	John Hopkins Hosp. USA	1946-1958	12	196o	3o
Beisser	Norwalk, Calif.USA	1916-1958	42	1961	71
Eisenthal	VAH,Brentwood,Calif. USA	1954-1958	5	1966	48
Farberow++	VAH,Calif.USA			1966	86
Kirven	Virginia,USA	1959-1965	7	1966	19
Flood	Bristol,England	1957-1961	5	1968	73
Robin	Borough,England	1952-1964	13	1968	92
Wilson	Langley,Porter,USA	1957-1964	7	1968	17
Farberow+++	VAHSystem, USA	1959-1966	8	1971	65o
Sletten	St.Louis	196o-197o	1o	1972	97
Anonymus	England		1o	1977	3
Fenton	Kanada	1971-1976	5	1977	8

+enthält die Untersuchungen von 196o bis 1967

++ein Teil einer größeren Untersuchung

+++Suizid ambulante und stationäre Patienten

Tab. 3: Suizid im psychiatrischen Krankenhaus in den skandinavischen Ländern

Autor	Ort der Untersuchung	Jahre der Untersuchung	Z Jahre	Erscheinungsjahr	Suizide
Alström	Schweden	1924-1936	1o	1942	46
Ödegaard	Norwegen	1926-1941	15	1951	91
Ettlinger	Schweden	1954-1964	1o	1964	17
Ravn	Dänemark	1945-1964	2o	1965	1o
Stenback	Finnland	1952-1963	12	1965	57
Achte	7 KH Helsinki, Finnland	1952-1963	11	1966	57
Achte	Finnland	1954-1958	4	1966	97
Jensen	Dänemark	195o-1964	14	1966	13
Ödegard	Norwegen	195o-1962	13	1967	74
Rorsman	Schweden	1962-1967	5	1973	46
Lönnqvist	Finnland	1841-1971	13o	1974	47
Nikasten	Finnland	1964-1972	8	1974	71
Saugstad	Norwegen	195o-1974	25	1979	515

Tab. 4: Suizid im psychiatrischen Krankenhaus in sonstigen Ländern

Autor	Ort der Untersuchung	Jahre der Untersuchung	Z Jahre	Erscheinungsjahr	Suizide
Perotti	Mailand, Italien	1939-1965	26	1965	42
Neumann	Shalvata Hosp. Israel	1957-1971	14	1971	38
Pouget	Montpellier, Frankreich	196o-197o	1o	1973	22
Lerer	Jerusalem, Israel	1965-1974	1o	1976	7

Tab. 5: Suizidkasuistik nach Behandlungsepochen

Operative Einteilung der psychiatrischen Behandlungsperioden und Suizid	Autor	Jahr	Ort der Untersuchung	Untersuchungsperiode	Z	Suizide	Krankenpopulation
Periode der Bewachung mit einigen somatischen Behandlungsmethoden, wie z.B.: von Meduna-, Sakel-Methoden, usw. (vom vorigen Jahrhundert bis 1937)	Hasse	1885	Königslutter/D	1866-1884	18	1o	4o89
	Edel	1891	Charlottenburg/D	1885-189o	5	4	1185++
	Pelman+	1891	Grafenberg/D	1876-1885	9	12	++
	Benham	19o3	Fishponds/GB	189o-19o2	12	135	++
	Jameison	1933	Bloomigdale Hospital New York/USA	1912-1932	2o	25	
	Alström	1942	Stockholm/S	1924-1936	1o	46	21522++
	Ödegard	1951	Norwegen/N	1926-1941	15	91	21522
Periode der Elektrokrampftherapie (1938-1954)	Wall	1944	New York/USA	1933-1943	1o	33	++
	Banen	1954	Belmont/USA	1928-1953	25	11	++
Periode der Psychopharmakatherapie (1955-)	Ettlinger	1964	Stockholm/SCH	1954-1964	1o	17	++
	Stenback	1965	Helsinki/FIN	1952-1963	13	57	++
	Achte	1966	7 KH, Helsinki/FIN	1952-1963	11	57	++
	Achte	1966	KH in Finnland/FIN	1954-1958	5	97	++
	Eisenthal	1966	VAH, Brednwood/USA	1954-1958	5	48	
	Jensen	1966	Kopenhagen/DA	195o-1964	14	13	5116
	Kirven	1966	Virginia/USA	1959-1965	7	19	14422++
	Lange	1966	Bezirks-KH/DDR	1954-1963	9	13	
	Ödegard	1967	Norwegen/N	195o-1962	13	74	865o
	Flood	1968	Bristol/GB	1957-1961	5	73	
	Robin	1968	Borough/GB	1952-1964	13	92	++
	Wilson	1968	Langley Porter/USA	1957-1964	7	17	++
	Petri	197o	Psy.Ner.Klin.Berlin/D	1951-1968	17	14	++
Periode der Liberalisierung (1964-)	Koester	1969	6 KH, Rheinland/D	1962-1967	6	79	++
	Pouget	1973	Montpellier/F	196o-197o	12	22	
	Rorsman	1973	Uni.Lund/S	1962-1967	5	46	3306
	Nikasten	1974	KH Helsinki/FIN	1964-1972	8	71	47100++
	Schwartz	1965	27 KH Los Angeles/USA	1967-1972	5	45	++
	Lerer	1976	Jerusalem/ISR	1965-1974	1o	7	++
	Fenton	1977	Kanada/K	1971-1976	5	8	++
	Schmidt	1977	Charlottenburg/D	1963-1976	13	4	

+wird von EDEL zitiert

++keine weiteren Angaben (Kranken Population, Aufnahme usw.)

Die Tabellen zeigen in erster Linie einen Überblick über die Fachliteratur, die leider nicht sehr ausführlich ist, obwohl die Suizidrate im psychiatrischen Krankenhaus höher ist als in der Gesamtpopulation. Zweitens zeigen sie, daß der Suizid mehr oder weniger in allen Behandlungsepochen vorkam, so daß man nicht behaupten kann, daß der eine oder andere Zeitraum mehr Erfolg hatte in der Suizidverhütung.

Zum Abschluß dieser kleinen Zusammenstellung können wir sagen, daß der Suizid seit Menschenbeginn vorkam, seit der Mensch Todesgewißheit hat (26) und doch die Forschung über dieses Phänomen noch so jung ist.

3. Erste Untersuchung

In dieser ersten durchgeführten Untersuchung fehlen Ergebnisse von zwei Bezirkskrankenhäusern, weil ihre Daten für unsere Auswertung zu unvollständig waren. Im zweiten Teil wurden vier Bezirkskrankenhäuser ausgeschlossen; denn es gelang nicht an die Namen bzw. die Krankenblätter der Suizidanten heranzukommen. Ähnliche Erfahrungen machte auch SCHWARTZ (1o5).

Untersucht wurden zwei Dekaden, und zwar die erste Dekade von 195o bis 1959 und die zweite Dekade von 1967 bis 1976. Zwischen den zwei Dekaden wurde ein möglichst großer Zeitraum gewählt, nämlich 7 Jahre, von 196o bis 1977, um eventuell vorhandene Veränderungen über die Zeit besser verdeutlichen zu können. Die Jahre vor 195o zu untersuchen, erschien nicht sinnvoll, da zu dieser Zeit noch keine auswertbaren Dokumentationen erstellt wurden. Ein zweiter Grund ist, daß sich in der ersten Dekade in der Psychiatrie beträchtliche Veränderungen ergaben: der Übergang von den somatischen Behandlungsmethoden, wie z.B. Cardiazol-, Insulin- und Elektrokrampftherapien zur Psychopharmakaepoche, die 1954 begann (3). Die zweite Dekade stand schon unter dem Einfluß der liberalen Krankenbehandlung, die WEIL 1956 im Mapperlay Hospital in England einführte (57).

3.1. Fragestellungen

3.1.1. Hat sich die Suizidrate bei Patienten, die in den zehn bayerischen psychiatrischen Einrichtungen stationär psychiatrisch behandelt wurden, in der zweiten Dekade gegenüber der ersten signifikant erhöht?

3.1.2. Ist die Zahl der Suizide abhängig von der Gesamtzahl der Aufnahmen?

3.1.3. Wächst die Suizidrate mit steigender Größe eines psychiatrischen Krankenhauses (bezogen auf die Bettenzahl)?

3.1.4. Kommt der Suizid bei einem ungünstigen Arzt-Patientenschlüssel häufiger vor?

3.1.5. Ist die Häufigkeit von Suiziden im psychiatrischen Krankenhaus abhängig vom Pflegepersonal-Patientenschlüssel?

3.1.6. Erhöht sich bei zwangsweiser Aufnahme der psychiatrischen Patienten die Suizidrate?

3.2. Methodik

Von den Jahresberichten (45) jedes Bezirkskrankenhauses wurden die Suizidfälle und die Gesamtzahl der Patienten pro Jahr herausgesucht und in verschiedenen Tabellen zusammengestellt. Es wurden nur diejenigen Suizidfälle aufgenommen, die während des Krankenhausaufenthaltes vorkamen und/oder, soweit man es erfassen konnte, maximal 24 Stunden nach der Entweichung oder dem genehmigten Ausgang.

Aus den Jahresberichten (45) konnten wir keine Einzelheiten über Art und Hergang der Suizide entnehmen. Für die Aufstellung der Gesamtzahl der Patienten gingen wir vom Stand der Kranken Anfang des Jahres und der Zugänge pro Jahr aus. Es war nicht möglich, zu beurteilen, ob die Suizide auf die Neuzugänge oder auf Patienten aus den vorhergegangenen Jahren zu beziehen waren. Daten wie Patientenaufnahme, Bettenzahl, Ärzte- und Pflegepersonalschlüssel und Zahl der Patienten, die auf Grund des Verwahrungsgesetzes im Krankenhaus aufgenommen wurden, wurden aus den statistischen Unterlagen (45) jedes Krankenhauses entnommen. Die Neuzugänge und Aufnahmeziffern verwahrter

Patienten pro Jahr wurden zu der Zahl der Suizide in Beziehung gesetzt. Die einzelnen Bezirkskrankenhäuser wurden nach dem Durchschnitt der Bettenzahl pro Dekade einerseits und nach der Zahl der Suizide innerhalb jeder Dekade andererseits geordnet. Für Ärzte- und Pflegepersonalziffern wurde jeweils ein Durchschnitt pro Dekade und Krankenhaus errechnet und auf tausend Patienten bezogen.

Weil der Suizid im Prinzip ein unabhängiges Ereignis ist, wurden Chi-Quadrat-Test, Spearman's Rangkorrelationsprinzip und Wilcoxon-Mann-Whitney-Test (U-Test) für die Auswertung der Daten verwendet. Mit dem Chi-Quadrat-Test überprüften wir zunächst für alle Krankenhäuser gemeinsam, ob die Suizidrate in der zweiten Dekade zugenommen hat und danach für jedes einzelne Krankenhaus.

3.3. Ergebnisse

3.3.1. Erste Frage

In der ersten Dekade wurden in den zehn Bezirkskrankenhäusern insgesamt 1o4 Suizide festgestellt im Vergleich zu 2o2 in der zweiten Dekade, was eine absolute Zunahme der Suizide ergibt. In der Relation zur Patientengesamtzahl nimmt ebenfalls der Suizid stärker zu als man es nach dem Zufall erwarten kann, und diese Zunahme ist signifikant auf dem 2 %-Niveau (Tab. 6).

Tab. 6: Patientenaufnahme und Suizide

	1950-1959	1967-1976	Summe	Relation
Suizide	104 (34)	202 (66)	306 (100)	1 : 1,9
Nicht-Suizide	209 466 (41)	306 613 (59)	516 079 (100)	1 : 1,5
Gesamtzahl	209 570	306 815	516 385	1 : 1,5

Suizide: Absolute Zahlen

Nicht-Suizide: Aufnahmezahl (Stand Anfang des Jahres und Zugänge)

Gesamt-Zahl: Suizide und Nicht-Suizide

( ): %

Bei der Prüfung dieser ersten Hypothese besteht die Schwierigkeit, daß pro Jahr und Bezirkskrankenhaus die Gesamtzahl der Aufnahmen vorliegt, daß aber in die Gesamtzahl die Mehrfachaufnahmen von Patienten mit eingegangen sind. Die Gesamtzahl der Patienten je Bezirkskrankenhaus und je Dekade ist also sicher kleiner als die Summe der angegebenen Patientenzahl pro Jahr. Diesen Erhebungsfehler hat HESSÖ (42) in verschiedenen epidemiologischen Untersuchungen zur Suizidrate kritisiert. Wegen der unspezifischen statistischen Angaben in den Jahresberichten (45) der Krankenhäuser konnte man bislang diesen Erhebungsfehler auch nicht korrigieren. Die Selbstmordzahlen sind in den einzelnen Bezirkskrankenhäusern sehr unterschiedlich. Vorbehaltlich dessen zeigte sich die folgende Tabelle:

Tab. 7: Einteilung der Selbstmordzahlen

Bezirkskrankenhaus+)	1950-1959 Suizide	1967-1976 Suizide	Zunahmequotient	Abnahmequotient
A	20	72	3,6	
B	5	12	2,4	
C	2	11	5,5	
D	10	20	2,0	
E	6	5		1,2
F	29	6		4,8
G	9	6		1,5
H	7	12	1,7	
I	9	31	3,4	
J	7	27	3,9	

Nach diesen Ergebnissen wird eine absolute Zunahme der Suizide in sieben von den zehn untersuchten Bezirkskrankenhäusern bestätigt. Wenn diese Suizidzahlen aber auf die aufgenommenen Patienten bezogen werden, können wir nur bei zwei Häusern eine signifikante Suizidzunahme sehen (Tab. 8), in einem weiteren Krankenhaus läßt sich noch eine schwache signifikante Zunahme erkennen (Tab. 9), während in einem anderen Haus eine signifikante Abnahme vorkommt (Tab. 10). Die restlichen sechs Bezirkskrankenhäuser zeigen keinen Unterschied in der Veränderung der Suizidzahl zur Veränderung der Patientenzahl.

+) Entsprechend der Vereinbarung mit den Direktoren der Bezirkskrankenhäuser werden die Namen der Krankenhäuser in den Publikationen nicht erwähnt, es werden aus dem gleichen Grund auch keine absoluten Zahlen über Betten, Patienten und Gesamtaufnahmen mitgeteilt. Diese Unterlagen liegen dem Referenten vor.

Tab. 8: Signifikante Zunahme

	Bezirkskrankenhaus	1950-1959	1967-1976
Patienten[+]	A	4 751	6 355
Suizide[++]		42,1	113,3***
Patienten[+]	I	2 549	3 108
Suizide[++]		35,3	99,8**

[+]Durchschnitt der Gesamtpatientenzahlen

[++]Suizidrate (bezogen auf 100 000 Aufnahmen)

Die Zunahme der Suizide ist größer als die Zunahme der Patientenzahl. Im Bezirkskrankenhaus A ist die absolute Gesamtpatientenzahl von der ersten zur zweiten Dekade nur um das 1,3-fache gestiegen, während die Suizidrate um das 2,7-fache gestiegen ist. Im Krankenhaus I ist die gesamte Patientenzahl um das 1,2-fache gestiegen und die Suizidrate um das 2,8-fache.

Tab. 9: Schwache signifikante Zunahme

	Bezirkskrankenhaus	1950-1959	1967-1976
Patienten[+]	J	1 200	2 003
Suizide[++]		58,4	134,8*

Der Durchschnitt der Gesamtpatientenzahl ([+]) ist um das 1,6-fache gestiegen und die Suizidrate ([++]) um das 2,3-fache.

Tab. 10: Signifikante Abnahme

	Bezirkskrankenhaus	1950-1959	1967-1976
Patienten[+]	F	2 922	3 069
Suizide[++]		99,2	19,6***

Der Durchschnitt der gesamten Zahl der Patienten ([+]) ist um das 1,05-fache gestiegen und die Suizidrate ([++]) ist von der ersten zur zweiten Dekade um das 5,1-fache gefallen.

* $p < 0{,}1$
** $p < 0{,}01$
*** $p < 0{,}001$

3.3.2. Zweite Frage

Ein Zusammenhang zwischen der Zahl der Suizide und der Zahl der Aufnahmen bestätigt sich nur in der ersten Dekade auf dem 5 %-Niveau. In der zweiten Dekade zeigt sich kein Zusammenhang. Das liegt vor allem an den Häusern F (+) und J (+), wo ein solcher Zusammenhang überhaupt nicht ersichtlich ist (Tab. 11).

Tab. 11: Gesamt-Patienten-Aufnahme (GPA)

Bezirkskrankenhaus	1950-1959		1967-1976	
	GPA	Suizide	GPA	Suizide
A	90,9 (10)	11,01 (9)	49,4 (10)	20,3 (10)
B	128,4 (4)	7,8 (2)	164,8 (8)	6,1 (6)
C	258,0 (2)	3,9 (1)	97,0 (2)	10,3 (4)
D	68,5 (5)	14,6 (8)	67,4 (4)	14,8 (7)
E	179,5 (7)	5,6 (3)	319,0 (5)	3,1 (1)
F+	60,1 (9)	16,6 (10)	319,7 (7)	3,1 (2)
G	20,2 (6)	11,1 (7)	319,0 (6)	3,1 (3)
H	65,4 (1)	15,3 (5)	55,0 (1)	18,2 (5)
I	146,3 (8)	6,8 (6)	64,7 (9)	15,4 (9)
J+	73,9 (3)	13,5 (4)	40,2 (3)	24,9 (8)

GPA: Zahlen: Suizidrate pro Aufnahmen pro Dekade
( ): Rangordnung nach Aufnahmen
Suizide: Zahlen: Suizide bezogen auf 100.000 Aufnahmen
( ): Rangordnung nach Suiziden

Die Rangordnung wurde nach den absoluten Zahlen eingeteilt.

3.3.3. Dritte Frage

Im Sinn dieser Hypothese wollten wir feststellen, ob, je mehr Betten zur Verfügung stehen, je mehr Kranke also aufgenommen werden könnten / desto größer wäre die Wahrscheinlichkeit, daß Suizide auftreten. In der ersten Dekade zeigt sich ein Zusammenhang zwischen Bettenzahl und Zahl der Suizide auf dem 2 %-Niveau; dagegen ergibt sich in der zweiten Dekade kein Zusammenhang. Der Grund ist die Abweichung von Krankenhaus E (+) und J (+) aus der Rangordnung der zweiten Dekade (Tab. 12).

Tab. 12: Gesamt-Bettenzahl (GB)

Bezirkskrankenhaus	195o-1959		1967-1976	
	GB	Suizide	GB	Suizide
A	156,o (1o)	6,4 (9)	41,6 (1o)	24,o (1o)
B	169,2 (3)	5,9 (2)	97,o (3)	1o,3 (5)
C	493,5 (4)	2,o (1)	132,1 (8)	7,6 (4)
D	121,9 (6)	8,3 (8)	292,4 (7)	3,4 (7)
E+	12o,o (1)	8,3 (3)	292,4 (9)	3,4 (1)
F	139,1 (7)	7,2 (7)	2o9,3 (6)	4,8 (2)
G	139,1 (7)	7,2 (7)	2o9,3 (6)	4,8 (2)
H	17o,o (5)	5,9 (5)	88,3 (2)	11,3 (6)
I	148,3 (9)	6,7 (2)	39,7 (5)	25,2 (9)
J+	1o3,6 (2)	9,7 (4)	34,5 (1)	29,o (8)

GB: Zahlen: Suizidrate pro Bettenzahl pro Dekade
( ): Rangordnung der Bettenzahlen
Suizide: Zahlen: Suizide bezogen auf 1.ooo Betten
( ): Rangordnung nach Suiziden

Die Rangordnung wurde nach den absoluten Zahlen eingeteil

3.3.4. Vierte Frage

Es zeigte sich kein Zusammenhang zwischen dem Arzt-Patienten-Schlüssel und der Zahl der Suizide. Von der ersten zur zweiten Dekade hat sich das Verhältnis verbessert, erstaunlicherweise kam der Suizid in der zweiten Dekade häufiger vor (Tab. 13).

Tab. 13: Arzt-Patienten-Schlüssel und Suizid

Bezirkskrankenhaus	1950-1959		1967-1976	
	Ärzte	Suizide	Ärzte	Suizide
A	5,79 (8)	11,01 (9)	9,62 (9)	20,3 (10)
B	7,51 (10)	7,80 (2)	7,28 (7)	6,1 (6)
C	5,51 (5)	3,90 (1)	5,59 (3)	10,3 (4)
D	5,53 (6)	14,60 (8)	7,78 (8)	14,8 (7)
E	4,85 (3)	5,60 (3)	5,97 (4)	3,1 (1)
F	2,84 (1)	16,60 (10)	4,20 (1)	3,1 (2)
G	3,60 (2)	11,10 (7)	4,51 (2)	3,1 (3)
H	5,03 (4)	15,30 (5)	6,37 (6)	18,20 (5)
I	6,15 (9)	6,80 (6)	6,18 (5)	15,40 (9)
J	5,59 (7)	13,50 (4)	12,52 (10)	24,9 (8)

Ärzte: Zahlen: Durchschnitt der Ärzte pro Dekade bezogen auf 1.000 Patienten
( ): Rangordnung nach Ärzten

Suizide: Zahlen: Suizide bezogen auf 100.000 Aufnahmen
( ): Rangordnung nach Suiziden

Die Rangordnung wurde nach den absoluten Zahlen eingeteilt. In der ersten Dekade zeigt sich kein Zusammenhang zwischen der Zahl der Ärzte und der Suizide. In der zweiten Dekade ist das Ergebnis gegenläufig zu der Hypothese (auf dem 2 %-Niveau signifikant).

3.3.5. Fünfte Frage

In keiner Dekade zeigte sich ein Zusammenhang zwischen dem Pflegepersonal-Patienten-Schlüssel und der Suizidhäufigkeit. Im Haus "G" (+) hat sich der Schlüssel in der zweiten Dekade verschlechtert, aber die Zahl der Suizide ist geringer geworden (Tab. 14).

Tab. 14: Pflegepersonal-Schlüssel (PPS) und Suizid

Bezirkskrankenhaus	1950-1959		1967-1976	
	PPS	Suizide	PPS	Suizide
A	108,8 (10)	11,01 (9)	120,4 (7)	20,3 (10)
B	108,5 (9)	7,8 (2)	106,8 (4)	6,1 (6)
C	76,8 (3)	3,9 (1)	120,3 (6)	10,3 (4)
D	98,0 (7)	14,6 (8)	125,8 (9)	14,8 (7)
E	71,0 (1)	5,6 (3)	110,5 (5)	3,1 (1)
F	72,6 (2)	16,6 (10)	81,5 (2)	3,1 (2)
G+	100,6 (8)	11,1 (7)	77,2 (1)	3,1 (3)
H	96,5 (6)	15,3 (5)	121,6 (8)	18,2 (5)
I	93,6 (5)	6,8 (6)	97,7 (3)	15,4 (9)
J	90,5 (4)	13,5 (4)	142,6 (10)	24,9 (8)

PPS: Zahlen: Durchschnitt des Pflegepersonals pro Dekade bezogen auf 1.000 Patienten
( ): Rangordnung nach Pflegepersonal

Suizide: Zahlen: Suizide bezogen auf 100.000 Aufnahmen
( ): Rangordnung nach Suiziden

Die Rangordnung wurde nach den absoluten Zahlen eingeteilt.

3.3.6. Sechste Frage

Es gab keine Hinweise, daß die Häufigkeit zwangsweiser Aufnahmen von Patienten in einer Beziehung zur Häufigkeit von Suiziden steht (Tab. 15).

Tab. 15: Zwangsweise Aufnahmen (ZA) und Suizide

Bezirkskrankenhaus	1950-1959		1967-1976	
	ZA	Suizide	ZA	Suizide
A	22,4 (10)	4,4 (9)	19,7 (10)	5,1 (10)
B	26,8 (6)	3,7 (2)	27,5 (5)	3,6 (5)
C	99,5 (8)	1,0 (1)	36,2 (8)	2,7 (4)
D	25,8 (9)	3,8 (8)	24,7 (9)	4,0 (7)
E	24,2 (7)	4,1 (3)	78,0 (7)	1,3 (1)
F	4,4 (4)	22,6 (10)	61,8 (6)	1,6 (2)
G	10,6 (3)	9,4 (7)	9,8 (1)	10,1 (3)
H	12,7 (2)	7,8 (4)	13,2 (2)	7,6 (6)
I	14,6 (5)	6,8 (6)	9,4 (4)	18,7 (9)
J	9,3 (1)	10,8 (5)	6,6 (3)	15,1 (8)

ZA: Zahlen: Suizidrate pro zwangsweise Aufnahmen pro Dekade
( ): Rangordnung nach zwangsweiser Aufnahme

Suizide: Zahlen: Suizide bezogen auf 1.000 zwangsweise aufgenommene Patienten
( ): Rangordnung nach Suiziden

Die Rangordnung wurde nach den absoluten Zahlen eingeteilt.

3.4. Diskussion

Im deutschsprachigen Raum und speziell in der Bundesrepublik Deutschland finden wir nur eine Suiziduntersuchung, die in Bezirkskrankenhäusern durchgeführt wurde: KOESTER (54) untersuchte in einem Zeitraum von sechs Jahren (1962 bis 1967) alle ernsthafteren Zwischenfälle, das heißt zum Beispiel: Unfälle, Suizide usw. in den sieben rheinischen Landeskrankenhäusern. Nach der Ausklammerung strukturell-regionaler Gegebenheiten (z.B. besonders gesicherte Bewahrungshäuser mit entsprechendem Krankengut in zwei Krankenhäusern) ergaben sich keine weiteren statistischen signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Krankenhäusern. Von 138.544 stationär behandelten Fällen im Laufe des Berichtszeitraums wurden 1.261 besondere Vorkommnisse erwähnt und von diesen waren 79 Suizide (57,o Suizide bezogen auf 1oo.ooo behandelte Patienten; 62,6 Suizide bezogen auf 1.ooo besondere Vorkommnisse). SCHWARZ (1o6) fand in psychiatrischen Krankenhäusern sowie in anderen Kliniken in Schleswig-Holstein in einem Zeitraum von zehn Jahren 112 Suizide und meint, daß 3 bis 4 % aller Suizide im Krankenhaus geschehen. In anderen Ländern, z.B. in den USA untersuchte KIRVEN (53) fünf große psychiatrische Krankenhäuser in Virginia während eines Zeitraums von sieben Jahren (1959 bis 1965). Es wurden 14.422 Patienten behandelt, von denen 19 sich suizidiert hatten. ÖDEGARD (79) untersuchte die Mortalität in den norwegischen psychiatrischen Krankenhäusern zwölf Jahre lang (195o bis 1962). Von 8.65o behandelten Patienten haben sich 99 suizidiert. Er teilte den Untersuchungszeitraum in Intervalle von vier Jahren auf und stellte fest, daß die Suizidzahl zugenommen hat: Von 195o bis 1954 waren es vierzehn gelungene Suizide, in der nächsten

Periode 35 und in der letzten 5o. In einer früheren Arbeit desselben Autors (77) wurden Suizide und Unfälle unter die Kategorie "Unnatürliche Todesursachen" eingeordnet. Damals kam er zu dem Ergebnis, daß der Suizid nur selten in psychiatrischen Krankenhäusern vorkam.

Nach unseren Ergebnissen steigt die Zahl der Patienten pro Jahr in allen psychiatrischen Krankenhäusern an. Die absolute Häufigkeit der Suizide steigt in sieben von den zehn Häusern (Tab. 7). Die Suizidrate dagegen nimmt eindeutig nur in zwei Häusern zu, nämlich im Krankenhaus "A" und "I" (Tab. 8). Eine schwache Zunahme der Suizidrate zeigte sich im Bezirkskrankenhaus "J" (Tab. 9). Im allgemeinen gesehen kam der Suizid in allen Krankenhäusern vor, zu diesem Ereignis erwähnte LIPSCHUTZ (64): "Der Selbstmord ist keine ungewöhnliche Todesursache im psychiatrischen Krankenhaus." Und dieses Vorkommnis, nach Adolf MEYER: "... führt zu Fortschritten, denn ein psychiatrisches Krankenhaus, in dem keine Suizide vorkommen, ist ein Krankenhaus, das sich nicht weiter entwickelt" (53).

Die vorher erwähnten Ergebnisse zeigen, daß der Anstieg der Suizide keinesfalls nur auf die Zunahme der Patientenzahlen zurückzuführen ist. Die Zunahme der Suizide kann auf verschiedene Einflußfaktoren zurückgeführt werden, wie z.B.: Einführung von neuen therapeutischen Methoden (32, 35, 49, 55, 65), Organisationsmängel in den Therapieprogrammen (36), Therapeutenwechsel (56, 75) und Spannungen zwischen dem Krankenhauspersonal (24, 56). HESSÖ (42) kommt in seiner Untersuchung zu dem Schluß, daß der Suizid im Krankenhaus ein "Nebeneffekt" der neuen therapeutischen Methoden ist, denn mit den Rehabilitationspro-

grammen entsteht ein "sozialer Druck" auf den Patienten. Andere Faktoren wie z.B. Veränderung der Krankenpopulation (25, 36, 46, 49, 6o) führen auch zu einer Erhöhung der Suizide.

LIPSCHUTZ (64) fand in seiner Untersuchung keinen Zusammenhang zwischen Suizid und Aufnahmeziffern. Er betont stattdessen folgende Einflußfaktoren: Beschränkung der Aktivität der Patienten im Winter und im Frühling und Personalmangel während der Nacht. Er legt auch großen Wert auf die Schlaflosigkeit der Patienten als Einflußfaktor auf die Suizidhandlungen; dadurch haben die Patienten Gelegenheit zu "grübeln" und nachzudenken, und das verstärkt die introspektive Aktivität. Andere Autoren (1, 33, 49, 6o) meinen, daß die Suizidzahlen mit bestimmten Krankheitsbildern wie Depressionen (89), Schizophrenien (75, 1o1), Alkoholabhängigkeit (2) und Hypochondrien mehr zusammenhängen als mit Aufnahmezahlen. BARTOSZEWKI und MOCZULSKI stellen einen Zusammenhang her zwischen einer geringen Aufnahme von depressiven Patienten und einer Abnahme der Suizide. Ein anderes Problem besteht darin, daß immer mehr Patienten nach einem Selbstmordversuch in ein psychiatrisches Krankenhaus eingewiesen werden und die Suizidrate möglicherweise erhöhen können (9, 52, 74, 85, 96, 1o6). Zusammenfassend läßt sich sagen, daß dem Faktor Aufnahmeziffer für die Suizidhäufigkeit keine große Bedeutung zukommt.

Unsere dritte Frage ging aus von einer Aussage im Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (15), wo gesagt wurde, daß "je größer ein Krankenhaus ist, desto ungünstiger ist die Dienstleistung". Nach der offiziellen Klassifikation der Größe des psychiatrischen Fachkrankenhauses (15),

wurden die bayerischen Krankenhäuser nach dieser Weise eingeordnet: Die Häuser A, D, F, G, H, I werden in beiden Dekaden als "sehr groß" (1001 Betten oder mehr) eingestuft und haben ihre Bettenzahl etwa konstant gehalten. Während bei vier Häusern Veränderungen auftraten, waren sie aber nur bei zwei signifikant. Diese Variationen könnten die Diskrepanz, die in der statistischen Untersuchung vorkam, begründen.

Es konnte also gesichert werden, daß, allerdings nur in der ersten Dekade, zwischen der Größe eines Krankenhauses und der Suizidhäufigkeit ein Zusammenhang besteht. Schwankungen in der Suizidrate könnten wahrscheinlich unter anderem auf Veränderungen der Bettenzahlen bezogen werden.

Die Geisteskranken sind von Natur aus suizidgefährdet; diese Hypothese geht auf PINEL (82) zurück und ESQUIROL führte sie später dahingehend weiter, daß unter anderem der Suizid ein Zeichen von Krankheit wäre; das wird durch zahlreiche Untersuchungen unterstützt (4, 11, 64 usw.). JAMES und LEVIN (46) sind dieser Frage nachgegangen und sahen große Diskrepanzen in den Angaben verschiedener Autoren zur Suizidhäufigkeit bei Geisteskranken. Der Prozentsatz schwankte enorm, zwischen 20 % bis 94 %, einer der zahlreichen Ursachen der so großen Ungleichheit liegt bei der definitorischen Randunschärfe der Geisteskrankheit.

Die Geisteskranken wurden in zunehmendem Maße stationär behandelt, woraus sich der scheinbare Schluß ergibt, daß der Suizid im psychiatrischen Krankenhaus häufiger vorkommt als in der Gesamtpopulation. LEVY (60) gibt an, daß auf drei Suizide, die im Krankenhaus verübt werden, ein Suizid in der Gesamtbevölkerung kommt. SLETTEN (101) berichtete, daß der Suizid viermal häufiger im Krankenhaus auftritt.

nach SAUGSTAD (99) sogar viereinhalbmal häufiger im Krankenhaus. Dieses wurde von ERNST (32) als ein "klinisches Phänomen" bezeichnet. Zu unserer Untersuchung konnten wir bestätigen, daß der Suizid häufiger im Krankenhaus als in der Gesamtpopulation Bayerns vorkam. In der ersten Dekade kamen Suizide 2,6 mal häufiger im Krankenhaus vor, in der zweiten 3,4 mal (Tab. 16).

Tab. 16: Suizide in der Gesamtpopulation Bayerns (SM-GB) und in der Krankenbevölkerung (SM-KB) bezogen auf 1oo.ooo Einwohner oder Kranke **

1950-1959			
Jahre	SM-GB	SM-KB	Relation
1950	18,9	17,2	1 : 1,1
1951	17,8	67,1	1 : 3,8
1952	17,9	32,1	1 : 1,8
1953	17,4	53,9	1 : 3,1
1954	2o,4	57,4	1 : 2,8
1955	19,9	55,7	1 : 2,8
1956	19,3	58,9	1 : 3,1
1957	19,9	56,7	1 : 2,8
1958	18,5	55,9	1 : 3,o
1959	18,9	37,o	1 : 1,9
	18,9+	49,2+	1 : 2,6+

+Durchschnitt der ersten Dekade

1967-1976			
Jahre	SM-GB	SM-KB	Relation
1967	19,7	64,4	1 : 1,3
1968	18,2	45,9	1 : 2,5
1969	19,5	68,3	1 : 3,5
197o	2o,2	85,4	1 : 4,2
1971	2o,4	67,4	1 : 3,3
1972	18,9	55,9	1 : 2,9
1973	2o,5	1o3,5	1 : 5,1
1974	2o,5	46,5	1 : 2,3
1975	2o,1	87,2	1 : 4,3
1976	2o,9	55,2	1 : 2,6
	19,9+	67,9+	1 : 3,4+

+Durchschnitt der zweiten Dekade

Unsere vierte Hypothese ging davon aus, daß unter dem Ärztemangel vor allem die großen Krankenhäuser zu leiden haben (15), und 9o % unserer Krankenhäuser gehören zu dieser Kategorie. In der ersten Dekade war die Arzt-Betten-Relation in allen Häusern erheblich niedriger als vorgeschrieben. In der zweiten Dekade war bei 5o % der Häuser die Relation besser und kam zum Teil dem angestrebten

** Die Angaben über die Suizide in der Gesamtpopulation Bayerns wurden aus den "Berichten über das Bayerische Gesundheitswesen" (16) entnommen.

Schlüssel sehr nahe. Bemerkenswert ist, daß die Suizidrate in der 2. Dekade in einigen der Häuser mit günstigem Arzt-Patienten-Schlüssel besonders hoch war. Die 4. Frage wird hier nicht nur nicht bestätigt, sonder sogar mit einer Signifikanz von 2 % falsifiziert. Ähnliche Beobachtungen wurden von KOESTER (54) berichtet. Unter 138.544 behandelten Patienten kamen in einem Zeitraum von sechs Jahren in den rheinischen Landeskrankenhäusern trotz eines empfindlichen Personalmangels und trotz starker Überfüllung nur 79 gelungene Suizide vor. Bei der Interpretation dieses überraschenden Ergebnisses muß man allerdings sehr vorsichtig sein. Es wäre sicher zu einfach hier nur unter quantitativen Aspekten zu diskutieren. Man muß auch noch an die unterschiedliche Verteilung der Ärzte auf Stationen mit chronischen oder akuten Patienten denken, was aus den Unterlagen (45) nicht feststellbar war. Noch wichtiger erscheint die Qualität der Behandlung (48, 75, 89, 97, 111). FARBEROW und SHNEIDMAN (33) und KRIEGER (55) haben das mit der "Psychologischen Autopsie" ans Licht bringen können, wobei retrospektive Studien von jedem gelungenen Suizid durchgeführt wurden und mit deren Ergebnis der behandelnde Arzt konfrontiert wird.

Nach dem "Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland" (15) und nach BANNEN (1o) gibt es keinen großen Mangel an Pflegepersonal, sondern im Vordergrund stehen Qualifikationsprobleme, d.h. Probleme einer qualifizierten Ausbildung für das Pflegepersonal. Es wurde nachgeprüft, und man konnte bestätigen, daß die tatsächlichen Verhältnisse von Pflegepersonal und Bettenzahl in den beiden Dekaden mehr oder weniger an die vorgeschriebene Zahl herankommen und die Abweichungen nicht besonders groß sind. In der Literatur wird vielfach darauf hingewiesen, daß das Pflegepersonal viel engeren Kontakt zu den Patien-

ten hat als der Arzt, so daß der Patient seine Suizidabsichten häufiger gegenüber dem Pflegepersonal äußert. Das Pflegepersonal reagiert aber wegen der Arbeitsbelastung auf diese verbalen bzw. nonverbalen Äußerungen heftig oder gar nicht, was die Aggression des Suizidgefährdeten verstärkt. Wenn sie nicht geäußert werden kann, dann richtet sie sich gegen sich selbst (73, 75).

Nur in sehr wenigen Untersuchungen in der deutschsprachigen und in der fremdsprachigen Literatur wird ein Einfluß der Häufigkeit von Zwangsaufnahmen auf den Suizid erwähnt. KOESTER (54) geht auf dieses Problem flüchtig ein und korreliert die Zwangsaufnahme nicht mit dem Suizid. WALL (111) berichtete, daß von 33 Patienten, die Suizid durchgeführt haben, 15 % zwangsweise aufgenommen waren. Möglicherweise würde sich eine signifikante Korrelation ergeben, wenn man die einzelnen Suizide analysierte; denn die meisten Patienten, die gegen ihren Willen ins Krankenhaus eingeliefert werden, sind akute Patienten ohne Krankheitseinsicht, was wir in der zweiten Untersuchung nochmals überprüfen werden. Hierzu kommt noch die Freiheitsbeschränkung, so daß sie unter einem starken Druck und starker Spannung stehen, was Erregung und Verzweiflung erzeugen und schließlich auch zum Suizid führen kann (97).

4. Zweite Untersuchung

4.1 Einführung und Fragestellung

Aufgrund der ersten Untersuchung war es möglich zu bestätigen, daß eine signifikante Suizidzunahme in der zweiten Dekade stattgefunden hat. Die Suizidrate nahm aber nur in zwei Häusern zu (Tab. 8), und die absolute Suizidhäufigkeit stieg in sieben von zehn Krankenhäusern (Tab. 7). Es zeigte sich kein Zusammenhang zwischen Pflegepersonal-Patienten-Schlüssel und zwangweiser Aufnahme und Zahl der Suizide. Was den Arzt-Patienten-Schlüssel anlangt, so ergab sich in der 1. Dekade kein positiver Zusammenhang zwischen Arzt-Patienten-Relation und Suizidhäufigkeit. In der 2. Dekade war, entgegen den Erwartungen, die Suizidzahl insgesamt signifikant höher bei günstigerem Arzt-Patienten-Schlüssel. Einen Zusammenhang zwischen Bettenzahl, Aufnahmeziffer und Suiziden konnte nur in der 1. Dekade bestätigt werden.

Diese Ergebnisse führten zu der zweiten Untersuchung, die sich mit den einzelnen Suizidfällen befaßt, um festzustellen, welche Faktoren sich bei den einzelnen Suizidanten der ersten und zweiten Dekade aufzeigen lassen.
Es ergaben sich einige Schwierigkeiten, denn von den zehn zuerst untersuchten Krankenhäusern sind nur noch sechs Häuser für diese Studie übriggeblieben, in den restlichen vier Bezirkskrankenhäusern war es nicht möglich, die erforderlichen Daten zu bekommen. Wegen dieser Reduktion war es notwendig, diese Untersuchung in zwei Kapitel zu gliedern. Solche Probleme wurden auch von SCHWARTZ (1o5) beschrieben. Er untersuchte 33 psychiatrische Einrichtungen in Los Angeles County. Nach Telefongesprächen mit den einzelnen Klinikleitern weigerten sich sechs an der Untersuchung teilzunehmen. Es wurden 49 Suizide erfaßt, von denen nur bei 45 die Unterlagen erhältlich waren.
Ein anderes Problem bestand darin, daß Dunkelzonen oder Dunkelziffern auftauchten; z.B.: die hier als "unbekannte Suizide" bezeichneten sind Suizide, die in

den Jahresberichten jeweils als gelungene Suizide eingetragen wurden, aber deren Namen die Leichenschaubücher nicht enthielten oder deren Krankenblätter im Archiv nicht gefunden wurden. In einem zweiten Beispiel stehen die sogenannten "entfallende Fälle": es handelt sich um Suizide, die in den Jahresberichten als "gelungene Suizide" eingetragen wurden; aber nach den Krankenblättern waren es Patienten, die außerhalb des Krankenhauses einen Selbstmordversuch verübten, eingeliefert wurden und an den Folgen im Krankenhaus verstorben sind. Deshalb muß man mit drei Reduktionen rechnen, was sich in den Ergebnissen widerspiegeln wird.

Die Dunkelzonen, die bei den retrospektiven Untersuchungen entstehen, wurden von BÖHME (2o) schon erwähnt;er meint zusätzlich, daß es bei retrospektiven Untersuchungen erforderlich ist, jeden Fall zunächst kritisch zu prüfen, um zu erforschen, welche Daten sich überhaupt mit der notwendigen Sicherheit retrospektiv erfassen lassen. Hier käme die intrapersonale Dynamik des Selbstmörders in Frage, die nach E. STENGEL (zitiert bei CHAPMAN) (21) bei solchen Untersuchungen nicht feststellbar ist, was man hier nur bestätigen kann. Nur selten ist es gelungen, Vergleichsdaten zu erfassen, was die statistische Verarbeitung beschränkt und nur eine Beschreibung des Phänomens erlaubt.

Fragestellungen

Es geht hier um folgende Fragen: 1. Wie charakterisiert sich jede Suizidgruppe der beiden Dekaden und 2. welche Einflußfaktoren in der ersten und zweiten Dekade stabil geblieben sind. Auf diese Weise soll

versucht werden, einen Suizidrisikokatalog zu erarbeiten und so einen Beitrag für die Selbstmordverhütung im psychiatrischen Krankenhaus zu leisten. Weil man in dieser zweiten Untersuchung nur mit den einzelnen Daten der Suizidanten von sechs Bezirkskrankenhäusern rechnen konnte, war es erforderlich, nochmals einigen Fragestellungen der ersten Untersuchung nachzugehen.

4.2. Methodik

In den erwähnten sechs Bezirkskrankenhäusern, die für die zweite Untersuchung zur Verfügung standen, war es möglich, mit Hilfe der Leichenschaubücher die Namen der einzelnen Suizidanten zu identifizieren und in regulärer Form an einige epidemiologische Daten heranzukommen; z.B.: Geschlecht, Alter, Familienstand, Beruf, Staatsangehörigkeit, Konfession, Todesdatum und Suizidmethode. Nicht mit Sicherheit feststellbar war die Uhrzeit des Todes bei den Fällen, die kurzfristig nach der Entweichung oder dem genehmigten Ausgang Suizid durchgeführt haben. Für die Datenaufnahme wurde ein Erhebungsbogen mit 51 Variablen erstellt, der nach Untersuchungsbereichen gegliedert wurde. Unter "allgemeine Daten" wurden Geschlecht, Todesalter, Familienstand, Beruf, Konfession, Staatsangehörigkeit und Wohnort des Patienten vor dem stationären Aufenthalt eingetragen. Zum "Krankheitsbereich" gehören: die Diagnose, Dauer der jetzigen Krankheit, frühere ambulante und stationäre psychiatrische Behandlung, Nebendiagnosen und Autopsieergebnisse.

Überweisungsform, Aufnahmemodus, Dauer der stationären Behandlung unmittelbar vor dem Selbstmord, Art der psychiatrischen Behandlung vor dem Selbstmord, Art der Station und Krankenbewegung wurden in die Rubrik "Behandlung und Krankenhausaufenthalt" eingegliedert.

Der "Suizidbereich" untersuchte Selbstmordäquivalente des Patienten, frühere bekanntgewordene Selbstmordversuche mit Einstufung der Suizidversuchsmethoden, aufgefallene Suizidgefahr eine Woche vor dem Suizid, Merkmale dieser Suizidalität, Therapieveränderungen vor dem Suizid, Probleme des Patienten vor dem Suizid mit Bezugspersonen, bekannte Veränderungen der äußeren Situation des Patienten zur Zeit des Krankenhausaufenthaltes, Behandlungsstatus, bekannte Symptomatologie des Patienten vor dem Suizid, wo die emotionelle Gestimmtheit und Änderung im Verhalten eine Woche vor dem Suizid untersucht wurden; Abschiedsbrief, Selbstmordmethoden, Ort des Suizids sowie Monat, Wochentag und Uhrzeit.

In der "Familienanamnese" wurde nach bekannten Geisteskrankheiten bei Verwandten und deren Diagnosen, bekannten Selbstmordversuchen und gelungenen Suiziden jeweils nach den zusätzlichen Methoden gefahndet.

Für die Auswertung der Daten wurden wie in der ersten Untersuchung, Chi-Quadrat-Test, Spearman's Rangkorrelationsprinzip und U-Test verwendet. Im Chi-Quadrat-Test wurden die jeweiligen Zunahmen überprüft.

4.3. Erste Ergebnisse

4.3.1. Überprüfung der ersten Frage der ersten Untersuchung

Nach der Krankenhausreduktion wurde nachgeprüft, ob sich das Ergebnis der oben erwähnten 1. Hypothese im Vergleich zur zweiten Untersuchung nicht verändert hat. Zunächst wurde es nur bei den Suiziden, bei denen die überprüften Daten vollständig waren und danach bei den zusätzlich schon definierten "unbekannten Suiziden" nachgeprüft (Tab. 17 und 18).

Tab. 17: Behandelte Patienten und Suizide(" unbekannte"Suizide nicht mit einbezogen)

	1950-1959	1967-1976	Summe	Relation
Suizide	23 (25,3)	68 (74,7)	91 (100)	1 : 2,9
Nicht-Suizide	111 434 (40,9)	160 598 (59,0)	272 032 (100)	1 : 1,4
Gesamtzahl	111 457	160 666	272 123	1 : 1,4

Suizide: Absolute Zahlen
Nicht-Suizide: Patientenstand (Stand Anfang des Jahres und Zugänge)
Gesamtzahl: Suizide und Nicht-Suizide
( ): %

Die Suizidrateerhöhung in der zweiten Dekade mit sechs untersuchten psychiatrischen Einrichtungen ist auf dem 0,1 %-Niveau gesichert.

Tab. 18: Behandelte Patienten und Suizide ("unbekannte" Suizide mit einbezogen)

	1950-1959	1967-1976	Summe	Relation
Suizide	37 (30,3)	85 (69,7)	122 (100)	1 : 2,3
Nicht-Suizide	111 434 (40,9)	160 598 (59,0)	272 032 (100)	1 : 1,4
Gesamtzahl	111 471	160 683	272 154	1 : 1,4

Suizide: Absolute Zahlen
Nicht-Suizide: Patientenzahl (Stand Anfang des Jahres und Zugänge)
Gesamtzahl: Suizide und Nicht-Suizide
( ): %

Die Suizidrateerhöhung (unter Einbeziehung der "unbekannten Fälle") in der zweiten Dekade ist auf dem 2 %-Niveau gesichert.

Wegen des Ausfalls der vier Bezirkskrankenhäuser ergibt sich die nächste Suizidzahlmodifikation (Tab. 19).

Tab. 19: Vergleich der entfallenden Suizide der vier Krankenhäuser mit den untersuchten Suiziden

	1950-1959	1967-1976	Summe
Gesamtsuizide in den 10 erstuntersuchten bayerischen Bezirkskrankenhäusern	104 (100)	202 (100)	306 (100)
Entfallende Suizide der 4 nicht untersuchten Bezirkskrankenhäuser	61 (58,7)	117 (57,9)	178 (58,2)
Untersuchte Suizide der restlichen 6 untersuchten Bezirkskrankenhäuser	43+ (41,3)	85+ (42,1)	128+ (41,8)

Zahlen: Absolute Zahlen
( ): %

Die Suizidzahl in der zweiten Untersuchung hat sich jeweils in der ersten und zweiten Dekade um rund 4o % reduziert.

+Diese Zahlen haben sich in der zweiten Untersuchung noch weiter verändert, weil sich nach den anderen Unterlagen (Leichenschaubücher und Krankenblätter) die erstgefundenen Suizide wegen der 'unbekannten' und 'entfallenden' Fälle verändert haben, was in Tab. 19 nicht mit einbezogen wurde. Auf diese Weise ergibt sich die nächste Tabelle, in der diese Veränderung analysiert wurde.

Tab. 2o: Vergleich der vorgekommenen erreichbaren Suizide mit den 'unbekannten' und entfallenden Suiziden

	1950-1959	1967-1976	Summe
++Untersuchte Suizide in den 6 übriggebliebenen bayerischen Bezirkskrankenhäusern	49++ (1oo)	9o++ (1oo)	139 (1oo)
'Unbekannte' Suizide; nicht erreichbare Namen bzw. Krankenblätter der Suizidanten	14 (28,6)	16 (17,8)	3o (21,6)
'Entfallende' Suizide: SMV außerhalb des Krankenhauses verübt, aber dort später verstorben	12 (24,4)	6 (6,7)	18 (12,8)
Suizide mit erhebbaren Daten	23 (46,9)	68 (75,6)	91 (65,5)

Zahlen: Absolute Zahlen
( ): %

++ Mit eingegangen sind 6 Suizidfälle in der 1. Dekade und 5 in der 2. die zusätzlich in den Leichenschaubüchern gefunden wurden, aber in den jeweiligen Jahresberichten nicht erschienen.

Von den gesamten untersuchten Suiziden in den sechs bayerischen Bezirkskrankenhäusern wurden ca. 5o % in der ersten Dekade und 75 % in der zweiten vollständig untersucht.

4.3.2. Überprüfung der zweiten Frage der ersten Untersuchung

Die Gesamtzahl der Patienten wurde nach mehr oder weniger als elf Monaten Verweildauer getrennt, denn nach der zweiten Untersuchung war es gelungen, die Suizide jeweils nach dieser Einteilung zu ordnen (Vgl. Tab. 4o).

Tab. 21: Suizide bei Patienten mit mehr als elf Monaten Verweildauer

	195o-1959	1967-1976	Summe	Relation
Suizide	9 (25)	27 (75)	36 (1oo)	1 : 3,o
Nicht-Suizide	62 144 (45,7)	73 984 (54,3)	136 128 (1oo)	1 : 1,2
Gesamtzahl	62 153	74 o11	136 164	

Suizide: Absolute Zahlen
Nicht-Suizide: Patientenstand am Anfang des Jahres
Gesamtzahl: Suizide und Nicht-Suizide
( ): %

Die Zunahme der Suizide in der zweiten Dekade wird auf dem 1 %-Niveau gesichert. Während die Suizide in der zweiten Dekade sich verdreifacht haben, besteht bei Patienten mit mehr als elf Monaten Verweildauer nur eine geringe Zunahme in diesem zweiten Zeitraum (8,6 %).

Tab. 22: Suizide bei Patienten mit weniger als elf Monaten Verweildauer

	195o-1959	1967-1976	Summe	Relation
Suizide	14 (25,5)	41 (74,5)	55 (1oo)	1 : 2,9
Nicht-Suizide	49 29o (36,3)	86 614 (63,7)	135 9o4 (1oo)	1 : 1,8
Gesamtzahl	49 3o4	86 655	135 959	

Suizide: Absolute Zahlen
Nicht-Suizide: Patientenzugang im Laufe eines Jahres
Gesamtzahl: Suizide und Nicht-Suizide
( ): %

Die Suizide haben sich in der zweiten Dekade verdreifacht, während die Patienten mit weniger als elf Monaten Verweildauer sich verdoppelt haben.

4.3.3. Überprüfung der sechsten Frage der ersten Untersuchung

Der Patientenstand und der Zugang von Patienten enthielten jeweils die zwangsweise Aufnahme. Die Suizide werden auf diejenigen bezogen, die unter diesen Umständen ins Krankenhaus eingeliefert wurden, bezogen.

Tab. 23: Suizidanten, die zwangsweise eingeliefert wurden, bezogen auf die Gesamtzahl der zwangsweisen Aufnahmen.

	1950-1959	1967-1976	Summe	Relation
Suizide	12 (34,3)	23 (65,7)	35 (100)	1 : 1,9
Nicht-Suizide	9 053 (33,6)	17 883 (66,4)	29 936 (100)	1 : 1,9
Gesamtzahl	9 065	17 906	26 971	1 : 1,9

Suizide: Absolute Zahlen
Nicht-Suizide: Zwangsweise aufgenommene Patienten
Gesamtzahl: Suizide und Nicht-Suizide
( ): %

Die zwangsweise aufgenommenen Patienten sowie die Suizidpatienten, die unter diesen Umständen eingeliefert wurden, haben sich in der zweiten Dekade verdoppelt.

Von den 23 Suizidpatienten der ersten Dekade wurden 70 % zwangsweise aufgenommen, während in der zweiten Dekade nur 65 % auf diese Weise eingeliefert wurden. In der ersten Dekade wurden aber nur 8 % und in der zweiten 11 % von der Gesamtzahl der Patienten nach diesen Verwahrungsumständen ins Krankenhaus aufgenommen (Vgl. Tab. 39).

4.3.4. Allgemeine Daten

4.3.4.1. Geschlecht

Tab. 24a: Suizide nach Geschlecht

	Suizide			
	Männer	Frauen	Summe	Relation
1. Dekade	14 (6o,9)	9 (39,1)	23 (1oo)	1,6 : 1
2. Dekade	47 (69,1)	21 (3o,9)	68 (1oo)	2,2 : 1
Summe	61	3o	91	

Tab. 24 b: Krankenhausbevölkerung nach Geschlecht

	Nicht-Suizide			
	Männer	Frauen	Summe	Relation
1. Dekade	48 o65 (43,1)	63 369 (56,9)	111 434 (1oo)	1 : 1,3
2. Dekade	8o 955 (5o,4)	79 643 (49,6)	16o 598 (1oo)	1 : 1,o1
Summe	129 o2o	143 o12	272 o32	

Zahlen: Absolute Zahlen
( ): %

Der Suizid in der ersten Dekade kam häufiger bei Männern (61 %) als bei Frauen vor, obwohl die geisteskranken Frauen (57 %) höher repräsentiert waren. In der zweiten Dekade ist die gesamte Krankenpopulation um 18 % gestiegen, die Geschlechtsverteilung ist gleich geworden, während der Suizid sich bei Männern (69 %) im Gegensatz zu Frauen (31 %) verdoppelt hat.

Zum Vergleich:

1. Vergleich mit der Geschlechtsverteilung der ersten Untersuchung.

2. Vergleich der Suizide der 1o Bezirkskrankenhäuser mit den gelungenen Suiziden der Gesamtbevölkerung Bayerns:

Dabei ergeben sich die folgenden Zahlen. Bei Frauen und bei Männern hat sich der Suizid im Krankenhaus in der zweiten Dekade verdoppelt, aber die Relation hat sich nicht verändert (1,4 : 1 bzw. 1,5 : 1). Bei den Männern sind Suizide in beiden Dekaden (59 % bzw. 6o %) häufiger aufgetreten als bei Frauen, obwohl eine Erhöhung (15 %) der Zahl der männlichen Geisteskranken in der zweiten Dekade auftrat, während bei Frauen sich nur eine Zunahme von o,7 % feststellen ließ (Tab. 25 a und 25 b)

Tab. 25 a: Suizide nach Geschlecht in den zehn Bezirkskrankenhäusern

	Suizide			
	Männer	Frauen	Summe	Relation
1. Dekade	61 (58,7)	43 (41,3)	1o4 (1oo)	1,4 : 1
2. Dekade	122 (6o,4)	8o (39,6)	2o2 (1oo)	1,5 : 1
Summe	183	123	3o6	

Tab. 25 b: Krankenhausbevölkerung nach Geschlecht in den zehn Bezirkskrankenhäusern

	Nicht-Suizide			
	Männer	Frauen	Summe	Relation
1. Dekade	86 469 (37,o)	152 325 (62,9)	241 794 (1oo)	1 : 1,7
2. Dekade	119 997 (43,7)	154 288 (56,3)	274 285 (1oo)	1 : 1,3
Summe	2o9 466	3o6 613	516 o79	

Zahlen: Absolute Zahlen
( ): %

In der Gesamtbevölkerung wurden keine signifikanten Geschlechtsunterschiede in den beiden Dekaden festgestellt (1 : 1,2; 1 : 1,1). Dagegen fand sich auch in der Gesamtbevölkerung eine Geschlechtsrelationsverteilungen(1,7 : 1; 1,8 : 1) ähnlich denen in den Bezirkskrankenhäusern: Suizide kamen bei Männern häufiger vor als bei den Frauen (63 % bzw. 65 %) Tab. 26a und 26b).

Tab. 26a: Suizide (eingeteilt nach Geschlecht) in der Gesamtbevölkerung Bayerns

	Suizide			
	Männer	Frauen	Summe	Relation
1. Dekade	1o 928 (63,2)	6 268 (36,8)	17 296 1oo)	1,7 : 1
2. Dekade	13 716 (64,8)	7 459 (35,2)	21 175 (1oo)	1,8 : 1
Summe	24 644	13 827	38 471	

Tab. 26 b: Gesamtbevölkerung in Bayern eingeteilt nach Geschlecht

	Nicht-Suizide			
	Männer	Frauen	Summe	Relation
1. Dekade	4 252 872 (45,6)	5 067 249 (54,4)	9 32o 121 (1oo)	1 : 1,2
2. Dekade	4 914 627 (46,8)	5 582 765 (53,2)	1o 497 392 (1oo)	1 : 1,1
Summe	9 167 499	1o 65o o14	19817 513	

Zahlen: Absolute Zahlen (Durchschnitt der Gesamtbevölkerung Bayerns pro Dekade)
( ): %

4.3.4.2. Todesalter [+])

In der ersten Dekade war das Durchschnittsalter 46,5 und die Standardabweichung 17.o. Die stärkste Suizidhäufigkeit (35 %, 5 Männer und 3 Frauen) fiel auf die Altersgruppe der 3o-39jährigen, während in der Gesamtbevölkerung der Suizid häufiger (24 %, 1.764 Männer und 997 Frauen) in der Altersspanne 5o-59 Jahren vorkam.

Das Durchschnittsalter und die Standardabweichung der Suizidanten in der zweiten Dekade waren 45,7 bzw. 17,o. Nach der Suizidhäufigkeit war die Gruppe der 2o bis 29jährigen am höchsten beteiligt (24 %, 9 Männer und 7 Frauen); in der Gesamtpopulation war das Todesalter in der Gruppe der 6o- bis 69-jährigen am höchsten (19 %, 1.567 Männer und 991 Frauen) repräsentiert. Das Durchschnittsalter und die Standardabweichung in der ersten Dekade bei Frauen war: 47,8 und 15,5 gegenüber Männern 45,6 und 18,4. In der zweiten Dekade hatten die Frauen ein Durchschnittsalter von 45,7 und eine Standardabweichung von 19,9, während bei Männern das Durchschnittsalter von 45,6 und eine Standardabweichung von 15,9 war (Tab. 27).

) Hier und in den folgenden Kapiteln sind "unbekannte" und entfallende" Suizide nicht mit einbezogen.

Tab. 27: Verteilung nach Todesalter und Geschlecht

Todesalter	1950-1959			1967-1976		
	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total
Unter 19	1	-	1	1	1	2
20-29	1	1	2	9	7	16
30-39	5	3	8	8	1	9
40-49	2	2	4	10	2	12
50-59	2	1	3	8	2	10
60-69	2	-	2	9	4	13
70 u. mehr	1	2	3	2	3	5
	14	9	23	47	20	67
	(60,9)	(39,1)	(100)	(69,1)	(30,9)	(100)
	$\bar{x}$=45,6	$\bar{x}$=47,8	$\bar{x}$=46,5	$\bar{x}$=45,9	$\bar{x}$=45,7	$\bar{x}$=45,7
	s=18,4	s=15,5	s=16,9	s=15,9	s=19,9	s=16,9

( ): %

Nach der Verteilung der Suizidanten in zwei Altskategorien: eine jüngere Altersgruppe (unter - 19 bis 39 Jahren) im Gegensatz zu einer älteren (40 bis 70 Jahren und mehr) ergab sich beim Vergleich kein signifikanter Unterschied (in keiner von den zwei Dekaden).

4.3.4.3. Familienstand

In der ersten Dekade waren 65 % (7 Männer und 8 Frauen) der Suizidanten verheiratet, während in der Gesamtpopulation 53 % verheiratet waren. In der zweiten Dekade standen die verheirateten Suizidpatienten auf dem zweiten Platz, die ledigen Suizidanten waren mit 47 % (26 Männer und 6 Frauen) repräsentiert, dagegen behielten die verheirateten Suizidanten der Gesamtbevölkerung ihren ersten Platz mit 51 %.

Nach der Gliederung des Familienstands in zwei Kategorien: Alleinstehende (ledig, geschieden, verwitwet und getrennt) und Nicht-Alleinstehend (Verheiratete), waren die letztere in der ersten Dekade hoch repräsentiert, während in der zweiten Dekade die Alleinstehenden eine signifikante Erhöhung auf dem 1 %-Niveau gezeigt haben (Abb. 28 a und 28 b).

Tab. 28 a: Verteilung nach Familienstand und Geschlecht

	1950-1959			1967-1976		
	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total
Ledig	6	1	7	26	6	32
Verheiratet	7	8	15	17	5	22
Geschieden	-	-	-	2	4	6
Verwitwet	1	-	1	2	6	8
Getrennt	-	-	-	-	-	-
	14 (60,9)	9 (39,1)	23 (100)	47 (69,1)	21 (30,9)	68 (100)

( ): %

Tab. 28 b: Suizidpatienten getrennt nach Alleinstehenden und Nicht-Alleinstehenden

	1950-1959	1967-1976	Summe
Alleinstehende	8 (34,8)	46 (67,6)	54
Nicht-Alleinstehend	15 (65,2)	22 (32,4)	37
Gesamtzahl	23 (100)	68 (100)	91

Zahlen: Absolute Zahlen
( ): %

Alleinstehende: ledig, geschieden, verwitwet und getrennt
Nicht-Alleinstehende: verheiratet
Gesamtzahl: Alleinstehende und Nicht-Alleinstehende

4.3.4.4.Beruf

In der ersten Dekade waren mit jeweils 26 % Arbeiter und Hausfrauen ohne Nebenbeschäftigung repräsentiert. In der zweiten Dekade standen die Arbeiter mit 38 % an erster Stelle.

Nach der Einteilung in beschäftigten und nicht-beschäftigten Suizidanten standen in der ersten Dekade die nicht-beschäftigten mit 57 % am höchsten, während in der zweiten Dekade die noch arbeitsfähigen Suizidanten 57 % betrugen (Tab. 29).

Tab. 29: Verteilung nach Beruf und Geschlecht

	1950-1959			1967-1976		
	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total
Arbeiter	6	-	6	25	1	26
Angestellter	3	1	4	7	4	11
Selbständiger, Freiberufler	-	-	-	-	1	1
Soldat	-	-	-	1	-	1
Noch in Ausbildung	-	-	-	2	4	6
Rentner,Pensio.	4	1	5	11	4	15
Mind.3 Mon.arbeitslos	-	-	-	1	-	1
Hausfrau o.Nebenbeschäftig.	-	6	6	-	7	7
Hausfrau m.Nebenbeschäftig.	-	-	-	-	-	-
Unbekannt	1	1	2	-	-	-
	14 (60,9)	9 (39,1)	23 (100)	47 (69,1)	21 (30,9)	68 (100)

( ): %

4.3.4.5. Die Religion und Staatsangehörigkeit bei den Suizidanten wichen von den Variablen der Gesamtbevölkerung Bayerns nicht ab.

4.3.4.6. Wohnort

35 % der Suizidanten in der ersten Dekade hatten ihren Wohnort vor der stationären Unterkunft in einer Mittel- und Kleinstadt. In der zweiten Dekade kamen die meisten Selbstmörder (54 %) aus einer mittleren Stadt.

Nach der Einteilung des Wohnorts nach Stadt und Land, bestand eine signifikante Zunahme auf dem 5 %-Niveau für die Suizidanten, die aus der Stadt kamen (Tab. 3o).

Tab. 3o: Verteilung nach Wohnort des Patienten vor dem stationären Aufenthalt und Geschlecht

	195o-1959			1967-1976		
	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total
Großstadt	2	2	4	9	7	16
In d.Nähe einer Großstadt	-	1	1	-	1	1
Mittlere Stadt	5	3	8	29	8	37
Kleinstadt	6	2	8	5	3	8
Auf dem Land	-	-	-	2	-	2
Ohne festen Wohnsitz	1	1	2	2	2	4
	14 (6o,9)	9 (39,1)	23 (1oo)	47 (69,1)	21 (3o,9)	68 (1oo)

( ): %

4.3.5. Der Krankheitsbereich

4.3.5.1. Die Diagnosen

Erst ab 1971 wurden die Diagnosen nach dem ICD-Nr.-Schlüssel eingestuft, in der ersten Dekade und in den ersten vier Jahren unserer zweiten Dekade wurde der Würzburger-Diagnosenschlüssel für die Einteilung der psychiatrischen Krankheitsbilder benutzt. Um vergleichbare und homogene Diagnosen zu erhalten, wurden alle Diagnosen nach dem ICD-Nr.-Schema umverschlüsselt. Die ICD-Nr. 316.1 (Neurologische Krankheiten) wurde für die Diagnose "Epilepsie" verwendet. Für die Auswertung wurde jeweils nur die Grunddiagnose genommen[1].

In der ersten Dekade wurde siebenmal (3o %) die Diagnose "Depression" gestellt (2 Männer und 5 Frauen), gleich danach stand die Schizophrenie (26 %, 3 Männer und 3 Frauen). Von den Depressionen kam am häufigsten die endogene Depression bei Frauen vor. Vom Schizophreniekreis stand die paranoide Schizophrenie an erster Stelle. In der zweiten Dekade kam die Schizophrenie häufiger vor, wo 34 % der Suizidanten unter diesem Krankheitsbild litten; die paranoide Form war bei den Männern am häufigsten. Die Depressionen kamen gleich danach mit 31 % (Vgl. Tab. 32).

Im Vergleich zur ersten Dekade entstand eine signifikante Zunahme dieser beiden Diagnosegruppen in der zweiten Dekade(Tab. 31).

---

[1] Die Übertragung vom Würzburger-Diagnosenschlüssel zum ICD-Schema wurde vom Vrf. durchgeführt.

Tab. 31: Diagnosen-Verteilung nach Geschlecht

	1950-1959			1967-1976		
	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total
Organisch bedingte Psychosen (290.0-293.0)	2	-	2	4	-	4
290.1	1	-	1	-	-	-
291.1	-	-	-	1	-	1
293.0	1	-	1	3	-	3
Schizophrenie (295.0-295.9)	3	3	6	21	6	27
295.1	-	-	-	1	2	3
295.2	1	1	2	1	1	2
295.3	2	2	4	13	2	15
295.4	-	-	-	1	-	1
295.6	-	-	-	2	1	3
295.7	-	-	-	1	-	1
295.9	-	-	-	2	-	2
Affektive Psychosen (296.0-269.9)	2	5	7	9	12	21
296.0	1	2	3	4	4	8
296.2	1	3	4	4	5	9
296.3	-	-	-	-	3	3
296.8	-	-	-	1	-	1
Paranoide Syndrome 297.1	1	1	2	-	1	1
Sucht u. Mißbrauch (303.0-303.9, 304.0-304.9)	1	-	1	7	-	7
303.2	1	-	1	6	-	6
304.8	-	-	-	1	-	1
Oligophrenien (310-315)	3	-	3	2	-	2
310.9	2	-	2	-	-	-
311.9	1	-	1	1	-	1
312.9	-	-	-	1	-	1
Epilepsie (316.1)	2	-	2	4	2	6
	14 (60,9)	9 (39,1)	23 (100)	47 (69,1)	21 (30,1)	68 (100)

( ): %

Es wurden nur diejenigen Diagnosen der Gesamtzahl der Patienten herausgesucht, die in Verbindung mit dem Suizid standen und die in dem entsprechenden Krankenhaus vorgekommen sind. Wir haben hier keine Einteilung nach Krankenhäusern vorgenommen.

Tab. 32: Diagnosen der Suizidanten bezogen auf den betreffenden Diagnosenschlüssel der Gesamtzahl der Patienten

Diagnosen	1950-1959					
	Suizide			Nicht-Suizide		
	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total
Organisch bedingte Psychosen (290.1,291.1, 293.0)	2	-	2	938 (34,3)	1.797 (65,7)	2.735 (100)
Schizophrenie (295.0-295.9)	3	3	6	13.285 (39,6)	20.303 (60,4)	33.588 (100)
Affektive Psychosen (296.0-296.9)	2	5	7	679 (25,1)	2.023 (74,8)	2.703 (100)
Paranoide Syndrome (297.1)	1	1	2	162 (15,3)	900 (84,7)	1.062 (100)
Sucht und Mißbrauch (303.2,304.8)	1	-	1	396 (85,8)	45 (10,2)	441 (100)
Oligophrenien (310-315)	3	-	3	1.802 (49,1)	1.870 (50,9)	3.672 (100)
Epilepsie (316.1)	2	-	2	1.200 (49,2)	1.241 (50,8)	2.441 (100)

Diagnosen	1967-1976					
	Suizide			Nicht-Suizide		
	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total
Organisch bedingte Psychosen (29o.o,291.1, 293.o)	4	-	4	1.183 (39,8)	1.793 (6o,2)	2.976 (1oo)
Schizophrenie (295.o-295.9)	21	6	27	15.777 (45,1)	19.232 (54,9)	35.oo9 (1oo)
Affektive Psychosen (296.o-296.9)	8	12	21	775 (24,3)	2.418 (75,7)	3.193 (1oo)
Paranoide Syndrome (297.1)	-	1	1	253 (23,o)	846 (76,9)	1.o99 (1oo)
Sucht und Mißbrauch (3o3.2,3o4.8)	7	-	7	2.411 (86,4)	38o (13,6)	2.791 (1oo)
Oligophrenien (31o-315)	2	-	2	2.699 (61,8)	1.666 (38,2)	4.365 (1oo)
Epilepsie (316.1)	4	2	6	875 (53,7)	753 (46,3)	1.628 (1oo)

( ): %

Es bestand eine signifikante Zunahme auf dem o,1 %-Niveau der Schizophrenien sowie eine signifikante Erhöhung der Depressionen auf dem 2 %-Nivau in der zweiten Dekade.

4.3.5.2. Dauer der jetzigen Krankheit

In der ersten und zweiten Dekade stand ein chronischer Verlauf des pathologischen Zustands ohne Geschlechtsunterschiede 78 % für die erste Dekade und 88 % für die zweite.

Tab. 33: Verteilung der Dauer der dokumentierten Krankheit nach Geschlecht

	1950-1959			1967-1976		
	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total
Akuter Verlauf						
1-4 Tage	-	-	-	-	-	-
5-7 Tage	-	-	-	1	-	1
1-3 Wochen	-	-	-	-	-	-
1-4 Monate	-	1	1	1	1	2
3-8 Monate	-	-	-	1	-	1
9-11 Monate	-	-	-	-	-	-
Chronischer Verlauf						
1-4 Jahre	1	1	2	12	4	16
5-8 Jahre	2	2	4	7	5	12
9 oder mehr Jahre	8	4	12	23	9	32
Unbekannt	3	1	4	2	2	4
Gesamt	14 (60,9)	9 (39,1)	23 (100)	47 (69,1)	21 (30,9)	68 (100)

( ): %

4.3.5.3. Frühere ambulante und stationäre psychiatrische Behandlung

In der ersten Dekade wurden 57 % der Suizidanten ambulant psychiatrisch nie betreut, in der zweiten Dekade 47 %, obwohl in diesem Zeitraum mehr Patienten (46 %) ambulant behandelt wurden, als in der ersten Dekade, denn damals waren es nur 17 % (Tab. 54).

Tab. 34: Frühere ambulante psychiatrische Behandlung, verteilt nach Geschlecht

	1950-1959			1967-1976		
	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total
Keine	8	5	13	27	5	32
Einmal	-	-	-	-	-	-
Mehrere	3	1	4	18	13	31
Unbekannt	3	3	6	2	3	5
	14 (60,9)	9 (39,1)	23 (100)	47 (69,1)	21 (30,9)	68 (100)

( ):%

In der ersten Dekade wurden 65 % und in der zweiten 74 % der Suizidanten nicht das erste Mal stationär psychiatrisch behandelt (Tab. 35).

Tab. 35: Verteilung der früheren stationären psychiatrischen Behandlung nach Geschlecht

	1950-1959			1967-1976		
	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total
Erstaufnahme	5	1	6	11	4	15
Wiederaufnahme	8	7	15	35	15	50
Unbekannt	1	1	2	1	2	3
	14 (60,9)	9 (39,1)	23 (100)	47 (69,1)	21 (30,9)	68 (100)

( ): %

4.3.5.4. Nebendiagnosen

In der ersten Dekade litten 48 % der Suizidanten unter einer zusätzlichen nicht-psychiatrischen Erkrankung und in der zweiten Dekade waren 5o % in derselben Situation (Tab. 36).

Tab. 36: Nebendiagnosen verteilt nach Geschlecht

	1950-1959			1967-1976		
	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total
Keine	6	4	1o	22	1o	32
Chirurgie/Urologie/Orthopä.	1	1	2	2	1	3
Gynäkologie	-	1	1	-	-	-
Innere Medizin	5	2	7	18	5	23
Dermatologie	-	-	-	1	-	1
Hals-Nasen-Oh.	-	-	-	2	-	2
Augen o.sonst. Fachgebiete	1	-	1	2	3	5
Unbekannt	1	1	2	-	2	2
	14 (6o,9)	9 (39,1)	23 (1oo)	47 (69,1)	21 (3o,9)	68 (1oo)

( ): %

4.3.5.5. Autopsieergebnisse

In der ersten Dekade standen nur 9 % der Autopsieergebnisse zur Verfügung, in keinem Fall wurden makroskopische Veränderungen im Gehirn festgestellt. In der zweiten Dekade waren in 6 % der Suizidfälle die Autopsieresultate erreichbar. In einem Fall wurde kein pathologischer Befund im Gehirn festgestellt. Einer zeigte eine leichte Erweite-

rung der Gehirnventrikel; bei dem dritten wurde eine ältere Nekrose der Corpora geniculata lateralia festgestellt und der letzte hatte ein übergroßes Gehirn, das 1.68o g wog (Tab. 37).

Tab. 37: Autopsieergebnis nach Geschlecht, Alter und Diagnose

Geschlecht	Alter	Diagnose (ICD-Nr.)	Autopsiediagnose
195o-1959			
M	41	295.3	kein pathologischer Befund
F	34	295.3	keine Hirnveränderung
1967-1976			
F	23	296.3	keine Hirnveränderungen
M	59	296.o	leichte Erweiterung d.Gehirnventrikel
M	7o	295.6	Ältere Nekrose d. Corpora geniculata lateralia
M	49	3o3.2	Übergroßes Gehirn (1.68o g)

4.3.6. Behandlung und Krankenhausaufenthalt

4.36.1. Überweisungsform der Patienten

In der ersten Dekade wurden die meisten Suizidanten (61 %) durch Ärzte ins psychiatrische Krankenhaus eingewiesen, während in der zweiten Dekade die nicht-ärztliche Einweisung an erster Stelle stand (47 %) (Tab. 38). Dieses spiegelt sich im Aufnahmemodus wieder, in der 69 % der Suizidpatienten in der ersten Dekade und 64 % in der zweiten zwangsweise ins Krankenhaus eingeliefert wurden (Tab. 39). Über dieses Ergebnis wurde schon auf der Seite 39 gesprochen. (Tab. 23).

Tab. 38: Verteilung der Überweisungsform nach Geschlecht

Überweisungsform	1950-1959			1967-1976		
	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total
Ohne ärztliche Einweisung	1	-	1	5	4	9
Allgemeinkrankenhaus	2	2	4	5	2	7
Hausarzt	2	1	3	1	3	4
Psychiater/ Nervenarzt	4	3	7	8	5	13
Andere Fachärzte	-	-	-	1	-	1
Behörden	4	2	6	27	5	32
Unbekannt	1	1	2	-	2	2
	14 (60,9)	9 (39,1)	23 (100)	47 (69,1)	21 (30,9)	68 (100)

( ): %

4.3.6.2. Aufnahmemodus

Eine Zunahme der Überweisung von Patienten ins psychiatrische Krankenhaus durch nicht-ärztliche Einweisung bestätigt sich auf dem 5 %-Niveau in der zweiten Dekade.

Tab. 39: Aufnahmemodus verteilt nach Geschlecht

	195o-1959			1967-1976		
	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total
Freiwillig	2	2	4	13	9	22
Zwangsweise	11	5	16	34	1o	44
Unbekannt	1	2	3	-	2	2
	14 (6o,9)	9 (39,1)	23 (1oo)	47 (69,1)	21 (3o,9)	68 (1oo)

( ): %

4.3.6.3. Dauer der stationären Behandlung

In der ersten Dekade haben sich die meisten (61 %) Suizidanten während des ersten Jahres ihres stationären Aufenthaltes suizidiert, was sich auch in der zweiten Dekade wiederholt hat, denn 44 (65 %) von 68 Patienten ist der Suizid in den ersten zwölf Behandlungsmonaten gelungen (Tab. 4o).

Tab. 4o: Dauer der stationären Behandlung unmittelbar vor dem Suizid, verteilt nach Geschlecht

	1950-1959			1967-1976		
	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total
weniger als 11 Monate Verweildauer						
1-4 Tage	1	1	2	2	4	6
5-7 Tage	1	-	1	1	-	1
1-3 Wochen	1	-	1	3	-	3
1-4 Monate	3	2	5	14	6	2o
5-8 Monate	3	2	5	2	3	5
9-11 Monate	-	-	-	6	3	9
mehr als 11 Monate Verweildauer						
1-4 Jahre	3	1	4	6	1	7
5-8 Jahre	1	-	1	2	-	2
9 oder mehr Jahre	-	2	2	11	3	14
Unbekannt	1	1	2	-	1	1
	14 (6o,9)	9 (39,1)	23 (1oo)	47 (69,1)	21 (3o,9)	68 (1oo)

( ): %

4.3.6.3. Art der psychiatrischen Behandlung

Der größte Teil der Suizidpatienten wurde in der ersten (52 %) sowie in der zweiten Dekade (91 %) pharmakologisch behandelt. In der zweiten Dekade wurden aber keine Suizidpatienten mehr mit Elektrokrampftherapie behandelt, während es in der ersten Dekade noch bei vier Patienten der Fall war.

4.3.6.4. Art der Station

Es war schwierig zu bestimmen, auf welcher Station der Suizidpatient war, als er sich suizidiert hat. Deshalb wurde überlegt, inwieweit sich der Suizidant frei im Krankenhaus bewegen konnte. Die meisten, die auf einer geschlossenen Station den Suizid begangen, hatten keine Freiheitsmöglichkeiten. In der ersten Dekade haben sich 74 % der Suizidpatienten auf einer geschlossenen Abteilung suizidiert; in der zweiten Dekade haben 46 % der Suizidpatienten den Tod auf einer geschlossenen Station gefunden (Tab. 41).

Tab. 41: Art der Station

	1950-1959			1967-1976		
	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total
Geschlossene	9	8	17	20	11	31
Halboffene	2	-	2	12	2	14
Offene	2	-	2	15	6	21
Unbekannt	1	1	2	-	2	2
	14 (60,9)	9 (39,1)	23 (100)	47 (69,1)	21 (30,9)	68 (100)

( ): %

In der zweiten Dekade ergab sich eine Zunahme auf dem 1 %-Niveau der Suizidpatienten auf offenen Stationen.

4.3.6.5. Krankenbewegung

Bei 78 % der Suizidanten in der ersten Dekade und 91 % in der zweiten waren keine Verlegungen vorgesehen und nur 4 % der Suizidpatienten in der zwei-

ten Dekade standen vor einer vorgesehenen Entlassung innerhalb der letzten Woche vor dem Suizid.

4.3.7. Der Suizidbereich

4.3.7.1. Selbstmordäquivalente des Patienten

Über Selbstmordäquivalente der Suizidpatienten konnte man nur feststellen, und dieses nur in der zweiten Dekade, daß bei drei Patienten (4 %) das Kopfschlagen vorkam, jeweils bei einem Patient kam Brustwarzenmutilation bzw. Selbstkastration vor dem Suizid vor.

4.3.7.2. Frühere bekannt gewordene Selbstmordversuche des Patienten

Ein bis mehrere Selbstmordversuche wurden in 52 % der Suizidpatienten in der ersten Dekade bekannt, und die"harten Methoden" (Erhängen, Ertränken, Erschießen, Schneiden, Sturz aus der Höhe usw.) waren bei Frauen wie bei Männern hoch repräsentiert (61 %). In der zweiten Dekade hatten 46 % der Suizidpatienten einen bis mehrere Selbstmordversuche in der Vorgeschichte und die "harten" Methoden für beide Geschlechter standen an erster Stelle (71 %) (Tab. 42 a und 42 b)

Tab. 42 a: Frühere bekanntgewordene Selbstmordversuche des Patienten eingeteilt nach Geschlecht

	1950-1959			1967-1976		
	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total
Niemals	5	1	6	20	12	32
Einmal	5	3	8	12	5	17
Mehr als einmal	1	3	4	12	2	14
Unbekannt	3	2	5	3	2	5
	14 (60,9)	9 (39,1)	23 (100)	47 (69,1)	21 (30,9)	68 (100)

( ): %

Tab. 42 b: Frühere bekanntgewordene Selbstmordversuche des Patienten bezogen auf Selbstmordversuchsmethoden (einmal oder mehr als einmal)

	1950-1959			1967-1976		
	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total
"Weiche Methoden"						
Medikamente (E 950)	1	1	2	3	7	10
Andere Gifte u. CO (E 951)	-	-	-	1	-	1

Fortsetzung: Tab. 42 b

	1950-1959			1967-1976		
	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total
"Harte Methoden"						
Überfahrenlassen (E 958)	-	-	-	-	-	-
Erhängen (E953)	3	1	4	1	9	1o
Ertränken(E954)	-	3	3	-	2	2
Erschießen (E 955)	1	-	1	2	-	2
Schneiden(E956)	1	2	3	-	4	4
Sturz aus der Höhe (E 957)	1	2	3	2	2	4
Verbrennen (E 958)	-	-	-	-	-	-
Sonstige	-	-	-	5	-	5
	7 (43,8)	9 (56,3)	16 (1oo)	14 (36,8)	24 (63,2)	38 (1oo)

( ): %

4.3.7.3. Aufgefallene Suizidgefahr des Patienten (eine Woche vor dem Suizid)

In der ersten Dekade haben Ärzte und Pflegepersonal bei 35 % der Suizidanten die Suizidalität bemerkt, während in der zweiten Dekade nur bei 1o % der Suizidpatienten die Suizidgefahr aufgefallen ist. Es besteht eine Zunahme in der zweiten Dekade auf dem 1 %-Niveau der nicht aufgefallenen Suizidalität. In den beiden Dekaden wurde die Suizidalität am häufigsten mit der geäußerten Suiziddrohung festgestellt (17 % bzw. 5 % in der zweiten Dekade) (Tab. 43).

Tab. 43: Suizidalität des Patienten vor dem Suizid

	1950-1959			1967-1976		
	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total
Keine	10	3	13	42	17	59
Suizidgedanken	-	1	1	2	-	2
Ambivalente Einstellung zum Suizid	1	-	1	1	-	1
Suiziddrohung	1	3	4	2	1	3
Todessorgen	-	-	-	-	-	-
Todesträume	-	-	-	-	-	-
Todeswünsche	1	1	2	-	1	1
unbekannt	1	1	2	-	2	2
	14 (60,9)	9 (39,1)	23 (100)	47 (69,1)	21 (30,9)	68 (100)

( ): %

4.3.7.4. Therapieveränderungen vor dem Suizid

In der ersten Dekade sowie in der zweiten ergaben sich vor dem Suizid keine wesentlichen Therapieveränderungen bei den Suizidpatienten (74 % in der ersten Dekade und 94 % in der zweiten).

4.3.7.5. Probleme des Patienten vor dem Suizid mit Bezugspersonen

Es wurden in den beiden Dekaden kaum Probleme des Patienten vor dem Suizid mit Bezugspersonen, damit sind Ärzte, Pflegepersonal, andere Patienten oder Verwandte gemeint, bekannt (78 % bzw. 90 % in der zweiten Dekade).

4.3.7.6. Veränderung der äußeren Situation des Patienten

Bei 9 % der Suizidpatienten stand eine Trennung oder Scheidung unmittelbar vor dem Suizid in der zweiten Dekade bevor, während in der ersten Dekade bei 78 % der Suizidanten und 87 % in der zweiten Dekade keine solchen Veränderungen vorkamen.

4.3.7.7. Behandlungsstatus

Neunzehn Patienten (83 %) haben sich in der ersten Dekade während der Behandlung suizidiert. In der zweiten Dekade haben sich 31 % der Suizidpatienten während der Entweichung suizidiert, 7 % während des genehmigten Ausgangs und 59 % während der Behandlung. Es hat sich eine Zunahme der Suizide bei Entweichungen und genehmigten Ausgängen in der zweiten Dekade auf dem 1 %-Niveau herausgestellt (Tab. 44).

Tab. 44: Behandlungsstatus und Suizid

Behandlungs-status	1950-1959			1967-1976		
	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total
Während der Behandlung	11	8	19	28	12	40
Entweichung aus dem KH	2	-	2	15	6	21
Entlassung aus dem KH	-	-	-	-	-	-
Genehmigter Ausgang	-	-	-	4	1	5
Unbekannt	1	1	2	-	2	2
	14 (60,9)	9 (39,1)	23 (100)	47 (69,1)	21 (30,9)	68 (100)

( ): %

4.3.7.8. Bekannte Symptomatologie des Patienten (eine Woche vor dem Suizid)

Bei der Überprüfung der emotionellen Gestimmtheit ließ sich feststellen,daß in der ersten Dekade bei 26 % der Suizidanten emotionelle Eingeengtheit und bei 22 % der Suizidpatienten Ängste vorkamen, während es in der zweiten Dekade umgekehrt war: 34 % der Patienten äußerten Ängste und 22 % emotionelle Eingeengtheit.

Im Verhalten waren 3o % der Suizidpatienten wegen Unruhe und 26 % wegen Zurückgezogenheit auffällig. In der zweiten Dekade fielen 35 % der Patienten wegen momentaner Stimmungsschwankungen auf und 25 %,weil sie sich zurückgezogen oder isoliert hatten. Die Zunahme der momentanen Stimmungsschwankung in der zweiten Dekade war signifikant auf dem 2 %-Niveau (Tab. 45).

Tab. 45: Bekannte Symptomatologie des Patienten vor dem Suizid

	1950-1959			1967-1976		
	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total
Emotionelle Gestimmtheit						
Keine Auffälligkeiten	-	-	-	5	3	8
Einsamkeit	4	-	4	7	3	1o
Hilflosigkeit	-	-	-	1	-	1
Befürchtungen	1	1	2	5	3	8
Ängste	1	4	5	16	7	23
Emotionelle Eingeengtheit	5	1	6	12	3	15
Minderwertigkeitsgefühle	1	-	1	-	-	-
Schuldgefühle	1	2	3	1	-	1
Unbekannt	1	1	2	-	2	2
Im Verhalten						
Keine Auffälligkeiten	-	-	-	2	2	4
Unruhe	2	5	7	3	3	6
Schlaflosigkeit	1	-	1	1	1	2
Erregbarkeit	-	-	-	2	-	2
Zurückgezogen oder isoliert	5	1	6	15	2	17
Stummheit	1	-	1	-	1	1
Momentane Stimmungsschwankung	2	-	2	17	7	24
Hypochondrisch	1	2	3	5	3	8
Aggressivität	1	-	1	2	-	2
Unbekannt	1	1	2	-	2	2
	14 (6o,9)	9 (39,1)	23 (1oo)	47 (69,1)	21 (3o,9)	68 (1oo)

( ): %

4.3.7.9. Abschiedsbrief

In der zweiten Dekade wurden nur zwei Abschiedsbriefe (3 %) erwähnt.

4.3.7.1o. Selbstmordmethoden

In der ersten Dekade gelangen die meisten Suizide durch "harte" Methoden (87 % der Patienten). 74 % der Suizidpatienten wandten das Erhängen als Methode an. Diese Methode wurde auch am häufigsten (43 %) bei den Suizidanten der Gesamtbevölkerung gewählt. Auch in der zweiten Dekade wurden die "harten" Methoden von 59 Patienten (87 %) benutzt, und auch hier war das Erhängen die meist verwendete Methode (46 %). An zweiter Stelle erschien das Überfahrenlassen (18 %), eine Methode, die in der ersten Dekade nicht vorkam. In der Gesamtpopulation haben sich 4o % der Suizidanten erhängt. Die Zunahme des Überfahrenlassen und der Sturz aus der Höhe in der zweiten Dekade ist auf dem 1 %-Niveau signifikant (Tab. 46).

Tab. 46: Selbstmordmethoden

	1950-1959			1967-1976		
	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total
Medikamente (E 950)	-	2	2	1	4	5
Andere Gifte u.CO (E 951)	1	-	1	2	1	3
Überfahrenlassen (E 958)	-	-	-	8	4	12
Erhängen(E953)	10	7	17	26	5	31
Ertränken (E 954)	1	-	1	1	4	5
Erschießen (E 955)	-	-	-	-	-	-
Schneiden (E 956)	1	-	1	3	-	3
Sturz aus der Höhe (E 957)	1	-	1	5	3	8
Verbrennen (E 958)	-	-	-	-	-	-
Sonstige	-	-	-	1	-	1
	14 (60,9)	9 (34,1)	23 (100)	47 (69,1)	21 (30,9)	68 (100)

( ): %

Es wurden die früheren Selbstmordversuchsmethoden mit den Methoden, bei denen den Patienten der Suizid gelungen ist, verglichen. In der ersten Dekade kamen bei sechs Männern (43 %) frühere Selbstmordversuche vor, und drei (21 %) haben die Methode wiederholt; von sechs Frauen (67 %), die in der selben Lage waren, verwendete nur eine (11 %) dieselbe Methode. Im Ganzen haben sich 17 % der Patienten mit derselben Methode suizidiert, mit welcher sie es vorher schon versucht haben (Tab. 47 a und 47 b).

In der zweiten Dekade hatten 24 Männer (51 %) Selbstmordversuche in der Vorgeschichte und sieben (15 %) verwendeten dieselbe Methode bei ihrer letzten Tat. Sieben Frauen (33 %) hatten Selbstmordversuche verübt und vier (19 %) wiederholten dieselbe Methode. 16 % der Suizidpatienten haben mit einer früher verwendeten Methode den Suizid vollzogen (Tab. 48 a und 48 b).

Tab. 47 a, 47 b, 48 a und 48 b
Vergleich der früheren Selbstmordversuchsmethoden mit der zuletzt verwendeten Selbstmordmethode
I. DEKADE
Tab. 47 a

Männer						
ICD-Nr. Pat.	Frühere SMV's Methoden	ICD Meth.	Nr. SMV	SM Methoden	ICD Meth.	+
29o.o	Medikamente	E 95o	1	Erhängen	E 953	
295.3	Erhängen	E 953	1	Erhängen	E 953	+
295.3	Erhängen	E 953	1	Erhängen	E 953	+
31o	Erhängen	E 953	2	Erhängen	E 953	+
311	Sturz aus der Höhe	E 957	1	Erhängen	E 953	
316.1	Schneiden	E 956	1	Erhängen	E 953	
6	7	7	7	6		3

n = 14 = 1oo %

Tab. 47 b

Frauen						
ICD-Nr. Pat.	Frühere SMV's Methode	ICD Meth.	Nr. SMV	SM Methoden	ICD Meth.	+
295.2	Sturz aus der Höhe	E 957	1	Erhängen	E 953	
295.3	Ertränken Schneiden	E 954 E 956	2	Erhängen	E 953	
295.3	Erhängen Sturz aus der Höhe	E 953 E 957	2	Erhängen	E 953	+
296.o	Ertränken Sturz aus der Höhe	E 957 E 954	2	Erhängen	E 953	
296.o	Medikamente	E 95o	1	Erhängen	E 953	
296.2	Schneiden	E 956	1	Erhängen	E 953	
6	9	9	9	6	6	1

n = 9 = 1oo %

+Dieselbe Suizidmethode wie beim gelungenen Suizid

II. DEKADE

Tab. 48 a

Männer						
ICD-Nr. Pat.	Frühere SMV's Methoden	ICD Meth.	Nr. SMV	SM Methoden	ICD Meth.	+
291.1	Erhängen	E 953	1	Erhängen	E 953	+
293.o	Medikamente	E 95o	1	Erhängen	E 953	
295.1	Medikamente	E 95o	1	Überfahrenlassen	E 958	
295.3	Erhängen Ertränken	E 953 E 954	2	Überfahrenlassen	E 958	
295.3	Medikamente	E 95o	1	Erhängen	E 953	
295.3	Erhängen	E 953	1	Überfahrenlassen	E 958	
295.3	Schneiden Sonstige	E 956 E 958	2	Überfahrenlassen	E 958	
295.3	Medikamente Schneiden	E 95o E 956	2	Schneiden	E 956	+
295.3	Medikamente	E 95o	1	Erhängen	E 953	
295.3	Erhängen	E 953	1	Medikamente	E 95o	
295.3	Sonstige	E 958	1	Erhängen	E 953	
295.4	Sturz aus der Höhe	E 958	1	Erhängen	E 953	
295.7	2xErhängen Erhängen	E 953 E 953	2	Erhängen	E 953	+
295.9	Ertränken	E 954	2	Überfahrenlassen	E 958	
296.o	2xMedikamente 3xErhängen	E 95o E 953	5	Erhängen	E 953	+
296.o	Medikamente	E 95o	1	Erhängen	E 953	
296.2	2xSonstige	E 958	2	Erhängen	E 953	
3o3.2	Schneiden	E 956	1	Erhängen	E 953	
3o3.2	2xErhängen	E 953	2	Erhängen	E 953	+
3o3.2	2xSturz aus der Höhe Erhängen Schneiden	E 957 E 953 E 954	2	Sturz aus der Höhe	E 957	+
3o4.8	Sonstige	E 958	3	Erhängen	E 953	+
316.1	Erschießen	E 955	1	Sturz a. der Höhe	E 953	
316.1	2xErschießen 2xSonstige	E 955 E 958	2 2	Überfahr- Sturz a. der Höhe	E 958 E957	
24	4o	4o	4o	24	24	7

n = 47 = 1oo %

+Dieselbe Suizidmethode wie beim gelungenen Suizid

Tab. 48 b

Frauen						
ICD-Nr. Pat.	Frühere SMV's Methoden	ICD Meth.	Nr. SMV	SM Methoden	ICD Meth.	+
295.6	Erhängen	E 953	1	Erhängen	E 953	+
296.o	Sturz aus der Höhe	E 957	1	Sturz aus der Höhe	E 957	+
296.o	Medikamente	E 95o	1	Erhängen	E 953	
296.2	2xMedikamente	E 95o	2	Medikamente	E 95o	+
296.3	Sturz aus der Höhe	E 957	1	Ertränken	E 954	
296.3	3xMedikamente	E 95o	3	Überfahren-lassen	E 958	
316.1	Andere Gifte	E 951	1	Andere Gift Gifte	E 951	+
7	1o	1o	1o	7	7	4

n = 21 = 1oo %

+Dieselbe Suizidmethode wie beim gelungenen Suizid

4.3.7.11. Ort des Suizids

In der ersten Dekade haben sich 78 % der Suizidpatienten in der derzeitigen Station suizidiert. 32 % der Suizidanten in der zweiten Dekade haben sich in sonstigem Gelände (Wald, in der Nähe eines Bahnhofes usw.) suizidiert, während 49 % den Suizid auf ihrer Station durchgeführt haben. Es hat sich eine signifikante Zunahme auf dem 1 %-Niveau des Suizidvorkommens außerhalb der Station gezeigt (Tab. 49).

Tab. 49: Ort des Suizids

	1950-1959			1967-1976		
	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total
Derzeitige Station	10	8	18	22	11	33
Frühere Station	-	-	-	1	-	1
Sonstige Station	-	-	-	-	1	1
Anstaltsgelände	2	-	2	6	-	6
Eigene Wohnung	-	-	-	-	1	1
Sonstige Gebäude	1	-	1	1	-	1
Öffentliche Straße	-	-	-	1	-	1
sonstiges Gelände	-	-	-	16	6	22
Unbekannt	1	1	2	-	2	2
	14 (60,9)	9 (39,1)	23 (100)	47 (69,1)	21 (30,9)	68 (100)

4.3.7.12. Tag, Uhrzeit und Monat des Suizids

Es bestand kein signifikanter Unterschied zwischen dem Suizid und dem Monat bzw. der Jahreszeit in den beiden Dekaden. Es wurden keine signifikanten Unterschiede in den beiden Dekaden festgestellt, als man die Tage mit der Suizidhäufigkeit verglich. Nach Einteilung der Sonn- und Festtage im Zusammenhang mit dem Suizid entstanden auch keine signifikanten Differenzen mit den anderen Tagen. In den beiden Dekaden wurden keine Unterschiede nach Tagesuhrzeit und Nacht in Beziehung zum Suizid festgestellt. Das Auffallende daran war, daß in der zweiten Dekade den Suizidanten am häufigsten der Suizid zwischen 13 und 15 Uhr gelungen ist.

4.3.8. Familienanamnese

4.3.8.1. Bekannte Geisteskrankheiten bei Verwandten

In der ersten Dekade wurde festgestellt, daß bei 12 Patienten Geisteskrankheiten bei Verwandten vorkamen (bei 4 Schizophrenie, bei 3 affektive Psychosen und bei 1 Alkoholismus). Von 68 Patienten waren in der zweiten Dekade 22 mit Geisteskrankheiten belastet; die Schizophrenie kam bei 12 Patienten vor, bei 6 Psychosen des affektiven Kreises, bei 3 Alkoholismus und bei 1 Patient kam die Oligophrenie bei Verwandten vor (Tab. 5o).

Tab. 5o: Bekannte Geisteskrankheiten bei einem oder mehreren Verwandten

	1950-1959			1967-1976		
	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total
Keine	4	4	8	2o	12	32
Mutter	1	-	1	6	-	6
Vater	2	-	2	3	1	4
Schwester	2	-	2	2	2	4
Bruder	4	1	5	1	1	2
Tante	-	1	1	4	-	4
Onkel	-	-	-	1	-	1
Großmutter	-	1	1	-	-	-
Großvater	-	-	-	1	-	1
Unbekannt	5	3	8	9	5	14

( ): %

Bei fünf männlichen Suizidanten kam die Geisteskrankheit bei einem oder mehreren Verwandten in der ersten Dekade vor, von diesen fünf stimmte

bei drei die Diagnose des Suizidpatienten mit einem Verwandten überein. Von zwei Frauen hatte nur eine dieselbe Diagnose wie ihre Tante (Tab. 51 a und 51 b).

Tab. 51 a: Geisteskrankheiten bei den Verwandten der Suizidanten

I. DEKADE

Männer			
ICD-Nr. Pat.	ICD-Nr. Verwandte	Grad der Verwandtschaft	+
29o.o	3o3.2	Vater	
	295.3	Schwester	
	295.3	Bruder	
295.2	295.3	Schwester	+
	295.3	Bruder	
	295.3	Bruder	
296.o	296	Bruder	+
3o3.2	3o3.2	Vater	+
31o	296	Mutter	
	295	Bruder	
5	1o	1o	3

n = 14 = 1oo %

Tab. 51 b: Geisteskrankheiten bei den Verwandten der Suizidanten

Frauen			
ICD-Nr. Pat.	ICD-Nr. Verwandte	Grad der Verwandtschaft	+
295.9	295.9	Bruder	+
	295.9	Großmutter	
296.2	296.2	Tante	+
2	3	3	2

n = 9 = 1oo %

+Dieselbe Diagnose bei den Patienten wie bei den Verwandten

Tab. 52 a: Geisteskrankheiten bei den Verwandten der Suizidanten

II. DEKADE

Männer			
ICD-Nr. Pat.	ICD-Nr. Verwandte	Grad der Verwandtschaft	+
291.o	295.9	Vater	
295.1	295.3	Mutter	+
295.3	295.3	Tante	+
295.3	296.2	Mutter	
295.3	295.3	Bruder	+
295.3	295.9	Schwester	+
295.3	296.3	Onkel	
295.3	295.9	Mutter	+
295.3	295.3	Schwester	+
295.7	295.3	Tante	+
295.9	3o3.2	Vater	
296.2	296.2	Mutter	+
296.8	296.2	Tante	+
3o3.2	3o3.2	Vater	+
3o3.2	3o3.2	Großvater	+
312	295.3	Mutter	
316.1	311	Mutter	
316.1	296.1	Tante	
18	18	18	11

Tab. 52 b: Geisteskrankheiten bei den Verwandten der Suizidanten

Frauen			
ICD-Nr. Pat.	ICD-Nr. Verwandte	Grad der Verwandtschaft	+
295.2	295.9	Schwester	+
295.3	295.9 295.9	Schwester Schwester	+
296.2	295.3	Bruder	
296.3	296.3	Vater	+
4	5	5	3

n = 47 = 1oo %

+ Dieselbe Diagnose bei den Patienten wie bei den Verwandten

In der zweiten Dekade waren achtzehn (38 %) männliche Suizidpatienten mit Geisteskrankheiten belastet und bei elf kamen dieselben Diagnosen wie bei den Verwandten zustande. Vier Frauen (19 %) waren auch belastet und drei hatten dieselbe Diagnosen wie ihre Verwandten (Tab. 52 a und b).

4.3.8.2. Bekannte gelungene Suizide bei den Verwandten der Suizidpatienten

Angeblich kamen keine Suizide bei den Verwandten der Suizidpatienten in der ersten Dekade vor, während in der zweiten bei fünf Patienten (8 %) der Suizid bei den Verwandten bestätigt wurde. Von drei Männern (6 %) hatte einer dieselbe Suizidmethode wie sein Zwillingsbruder verwendet; von zwei Frauen (1o %) erhängte sich eine wie ihre Schwester (Tab. 53).

4.3.8.3. Bekannte Selbstmordversuche bei den Verwandten der Suizidanten

Ein Selbstmordversuch kam bei der Mutter eines Patienten vor.

Tab. 53: Vergleich der SM-Methoden zwischen Patienten und Verwandten
II. DEKADE

Männer											
ICD-Nr. Pat.	Frühere SMV's Methoden	ICD Meth.	Nr. SMV	SM-Methoden	ICD Meth.	Grad der Verwandtschaft	SM-Methoden Verwandte	ICD Meth.	Geisteskrankh. Verw. ICD-Nr.	Grad	+
295.3	Erschießen	E 955	2	Überfahrenlassen	E 958	Bruder	Erhängen	E 953	295.3	Schwester	
295.3	Sonstige		1	Erhängen	E 953	Onkel	Sons		295.3	Mutter	
3o4.8	Erhängen Schneiden Sonstige	E 953 E 956	3	Erhängen	E 953	Bruder (Zwillings-)	Erhängen	E 953	3o4.8	Bruder (Zwillins-)	+
3	6		6	3		3	3		3	3	1

n = 47 = 1oo %

Frauen											
295.6	Erhängen	E 953	1	Erhängen	E 953	Schwester	Erhängen	E 953	295.3	Schwester	
296.2	-	-	-	Ertränken	E 954	Schwester	Erhängen	E 953	295.3	Bruder	
2	1		1	2		2	2		2	2	1

n = 21 = 1oo %

+Gleiche Suizidmethode des Patienten wie bei den Verwandten

4.4. Diskussion

Aus den neuen Untersuchungen, die sich nur auf séchs Bezirkskrankenhäuser beziehen, ergibt sich wie in der ersten Untersuchung eine gesicherte Suizidzunahme auf dem o,1 %-Niveau, was eine Konsistenz in der Zunahme zeigt. Denn auch nach den oben erwähnten Veränderungen bleibt das Ergebnis relativ stabil.

Ein wichtiges Problem war die Bereinigung der Selbstmordzahlen. Denn in der ersten Dekade wurden 29 % der Suizidfälle als "Unbekannte" bezeichnet und 24 % als "entfallene Suizide". In der zweiten Dekade erschienen diese bereinigten Ziffern wesentlich geringer: 18 % "Unbekannte" und 7 % für die "entfallenen Fälle" (Vgl. Seite 37, Tab. 2o). Die realen Suizide, denen man nachforschen kann, sind wesentlich reduzierter als die in den Jahresberichten angegebenen. In diesen statistischen Unterlagen werden die Suizide in zwei Kapiteln untergebracht: Bei den "Todesursachen" werden diejenigen Suizide erwähnt, die tatsächlich auf einer Station vorgekommen sind, und hier tauchten Patienten auf, die einen Selbstmordversuch außerhalb des Krankenhauses durchgeführt haben und Stunden oder Tage später dort gestorben sind ("entfallene Fälle"), während bei den "besonderen Vorkommnissen" die Suizide, die nach der Entweichung oder dem genehmigten Ausgang geschahen, eingetragen werden und unter dieser letzterwähnten Überschrift standen die genannten "Unbekannten" Suizidfälle (siehe oben). Die Suizide, die aber kurz nach der Entlassung vorkamen, werden in der allgemeinen Suizidstatistik miteinbezogen. Ohne es hier bestätigen zu können, kann man annehmen, daß diese

Patienten die Suizidstatistik der gesamten Bevölkerung erhöhen, weil es sich hierbei um hochgefährdete, und zu Suizid neigende Menschen handelt, weil die Geisteskrankheit "per se" das Suizidrisiko erhöht (19, 22, 33, 54, 1o8 usw.).

Dies läßt sich dadurch bestätigen, daß im psychiatrischen Krankenhaus die Suizide bezogen auf 1oo.ooo eine weit höhere Rate haben, als die, die in der allgemeinen Bevölkerung vorkommen (was schon auf Seite 28, 29 - Diskussion - erster Teil, diskutiert wurde). Die Variabilität, in der der Suizid in jedem Krankenhaus erscheint, besteht darin, inwieweit in jedem Krankenhaus depressive oder schizophrene Patienten im akuten Schub eingeliefert werden. Wenn wir davon ausgehen, daß die Geisteskrankheit allein schon ein Suizidrisiko ist, so wird mehrfach bestätigt, daß bei rein akuten oder bei chronischen Patienten mit einem akuten Schub das Suizidrisiko noch mehr erhöht wird. Nach den Erfahrungen von Untersuchungen wird immer wieder bestätigt, daß Depressionen sowie Schizophrenien von allen Geisteskrankheiten das höchste Selbstmordrisiko im psychiatrischen Krankenhaus in sich bergen (1, 5, 13, 53, 58, 66, 74, 75, 84, 85, 95, 99, 1o4, 1o7, 111 usw.); das soll aber nicht heißen, daß die Depression eine isomorphische Identität mit dem Suizid hat (1oo). Auf dieses Thema werden wir später noch näher eingehen.

Manche Autoren bestätigen aufgrund ihrer Untersuchungen, daß der Suizid besonders häufig bei chronischen Geisteskrankheitsbildern vorkommt. Unter diesen vertritt EISENTHAL (3o) die Meinung, daß langfristiger stationärer Aufenthalt ein Suizidrisiko enthält, was auch BEISSER (13), KIRVEN (53), WILSON (115) unterstreichen. COPAS, J. B. et al.

(23) haben mit mathematischen Methoden festgestellt, daß der Suizid häufiger nach kurzem (2o bis 4o Tage) und nach sehr langem (über 2oo Tage) stationären Aufenthalt vorkommt. Die Häufung der Suizide bei langem stationären Aufenthalt wird auf den chronischen Verlauf der Krankheit bezogen. Bei unserer Untersuchung können wir nicht bestätigen, daß der Suizid bei chronischem Aufenthalt (ab dem 12. Monat) verstärkt aufgetreten ist, wenn man ihn auf den Patientenstand bezieht (das sind Patienten, die jeweils über den 12. Monat stationär geblieben sind).

Wenn man aber die Suizide, die vor dem 12. Monat vorkamen, auf den Patientenzugang bezieht, zeigt sich, daß die Zugänge sich von einer Dekade zur anderen verdoppelt haben und auch höher standen im Vergleich zum Patientenstand (78 %). Der Suizid hat sich in dieser zweiten Dekade verdreifacht, was darauf hinweist, daß der Suizid häufiger in den ersten zwölf Monaten im psychiatrischen Krankenhaus vorkommt, was auch von STENGEL (1o8) betont wird. Er konnte in seiner Untersuchung feststellen, daß die Aufnahmezahl der Psychosen mit der SM-Frequenz parallel geht. ACHTÉ (1) meint, daß der Suizid im Anfangsstadium oder mit dem Anfang einer erneuten psychotischen Episode oder einem Schub zusammenhängt, weil in diesem Moment, in dem die Depersonalisationssymptomatik beginnt, die Umwelt den Patienten in Angst bringt. Mit diesem Thema werden wir uns noch auseinandersetzen, wenn die Dauer des stationären Aufenthalts analysiert wird.

Im ersten Teil dieser Untersuchung (Seite 31) wurde schon erwähnt, daß bei Zwangsaufnahme das Suizidrisiko steigt. Bei dieser zweiten Untersuchung konnte

bestätigt werden, daß die Zahl der zwangsweise Aufnahmen parallel zur Suizidhäufigkeit läuft. Dies läßt sich wiederum mit dem akuten Krankheitszustand korrelieren (Vgl. Tab. 40, Seite 58 und Seite 81). Auf diese Weise können wir die 6. Frage, die während der ersten Untersuchung formuliert wurde, nach diesem neuen Ergebnis positiv bestätigen.

Nach der Überprüfung einiger Fragen, die in der ersten Untersuchung noch offen standen, folgt jetzt die Diskussion der verschiedenen Variablen, nach welchen die Krankenblätter untersucht wurden, mit dem Ziel, soweit wie möglich an das Suizidphänomen heranzukommen.

4.4.1 Allgemeine Daten

Der Suizid kommt in den beiden Dekaden und bei beiden Untersuchungen häufiger bei Männer als bei Frauen vor, so daß die Geschlechtsverteilung dieser Untersuchung nicht wesentlich von den Ergebnissen anderer Autoren abweicht. Es wurden 46 Untersuchungen überprüft, um festzustellen, inwieweit sich die Geschlechtsverteilung der Suizidanten unterscheiden.

59 % der berücksichtigten Untersuchungen (Vgl. Tab. 54) bestätigen, daß der Suizid häufiger von geisteskranken Männern in psychiatrischen Krankenhäusern durchgeführt wird. 15 % dagegen zeigten, daß die Frauen häufiger Suizid begangen haben. 20 % dieser Untersuchungen bestätigen keinen Unterschied des Suizidvorkommens zwischen Männer und Frauen. Diese Autoren gaben meistens keine Geschlechtsverteilung der Gesamtaufnahme - bzw. Krankenstandsziffern an, was die Möglichkeit, andere Vergleiche zu machen, beschränkte.

Tab. 54: Suizide im psychiatrischen Krankenhaus nach Literaturangabe (n = 46 Artikel)

Geschlechtsrelation				
Männer		Frauen		
1	:	1	2o %	2o %
1,2	:	1	(11,1 %)	
1,3	:	1	(11,1 %)	
1,4	:	1	(3,7 %)	
1,5	:	1	(11,1 %)	
2	:	1	(37,o %)	59 %
3	:	1	(11,1 %)	
3,5	:	1	(3,7 %)	
4	:	1	(7,4 %)	
5	:	1	(3,7 %)	
1	:	2	(85,7 %)	15 %
1	:	3	(14,3 %)	

In drei Untersuchungen (7 %) ergab sich die Möglichkeit solch einen Vergleich durchzuführen; dabei läßt sich kein Parallelverlauf zwischen der Geschlechtsverteilung der Krankenpopulation mit dem Suizid feststellen (Tab. 55), was unsere Untersuchung auch bestätigt.

Tab. 55: Suizid im psychiatrischen Krankenhaus bezogen auf kranke Bevölkerung im Krankenhaus nach Literaturangabe

Autor	Untersuchungsperiode	Ort	Kranke Bevölkerung+		Suizide	
			Männer	Frauen	Männer	Frauen
LIPSCHUTZ	1929-1941	Eloise Hosp.USA	6.887 1,4	4.875 1	11 1,5	7 1
JENSEN	195o-1964	Kopenhagen,Dä.	2.115 1	3.oo1 1,4	6 1	7 1,1
RORSMAN	1962-1967	Univ.Lund Schw.	1.364 1	1.942 1,4	3o 1,5	16 1

+im Krankenhaus

Die Männer im psychiatrischen Krankenhaus sowie in der allgemeinen Bevölkerung sind mehr suizidgefährdet als die Frauen. Bei den letztgenannten läßt sich ein langsamer und kontinuierlicher Anstieg feststellen, da sich die Lebensverhältnisse in der letzten Zeit so verändert haben, daß die Frauen immer mehr unter denselben Streßsituationen wie die Männer stehen (außerhalb und innerhalb des Krankenhauses). Die Suizid-Geschlechtsverteilung differenziert sich signifikanter in der allgemeinen Bevölkerung, als im psychiatrischen Krankenhaus, wo der entscheidende Faktor die Geisteskrankheit oder die Diagnoseverteilung sein kann.

Von der ersten zur zweiten Dekade hat sich das Alter der Suizidpatienten auf eine jüngere Altersgruppe verschoben, während sich in der Gesamtbevölkerung der Suizid auf eine ältere Altersgruppe verschoben hat. Dieser Unterschied könnte mit dem Alter der Aufnahme zusammenhängen, denn nach Angaben von FENTON (36) hat sich die Krankenpopulation in letzter Zeit verändert und heutzutage werden auch mehr jüngere Leute aufgenommen, was wir in unserer Untersuchung nicht überprüfen können, weil diese Daten nicht erreichbar waren.

Das Durchschnittsalter bei den Suizidpatienten schwankt in den Literaturangaben zwischen 25 bis 43.8 Jahren (1, 5, 34, 36, 64, 105), wie es sich auch bei unserer Untersuchung ergibt. Während bei der jüngeren Altesgruppe der Suizid eng mit der akuten Krankheitsepisode zusammenhängen könnte, wird der Suizid bei den älteren Patienten mit zusätzlichen somatischen Erkrankungen in Zusammenhang gebracht, was ihre Aktivität beschränkt und zu depressiven Zuständen führen kann, wodurch der Suizidausbruch gefördert wird (36). Ein anderer Auslösefaktor könnte die Milieuveränderung sein, worauf ältere Menschen besonders irritiert reagieren (68).

Die Familienstandsveränderung von der ersten und zweiten Dekade liegt vermutlich mit dem Todesalter zusammmen. In der ersten Dekade war der Suizid vorwiegend bei einer älteren Altersgruppe zu beobachten, so daß diese Patienten vor dem Ausbruch ihrer Krankheit, die sie zum Selbstmord führte , die Möglichkeit hatten sich zu verheiraten. Dazu kam, daß die Eheschließung meist in jüngerem Alter stattfand und die Scheidung seltener war als heutzutage. Die zweite Dekade charakterisiert sich so, daß mehr jüngere und ledige Suizidpatienten auftraten. Auf der anderen Seite stand die höhere Altersgruppe mit verwitweten Patienten. Das Alleinsein korrelierte in dieser Altersgruppe eng mit dem Suizid, was auch von anderen Autoren als ein Suizidrisikofaktor angesehen wird (1, 34, 36, 49, 93).

In den beiden Dekaden kam der Suizid häufiger bei Hilfsarbeitern vor, wenn es sich um Männer handelte; außerdem bei Frauen, die sich nur mit dem Haushalt beschäftigten (Vgl. S. 48). JENSEN (49), ROBIN (93) und RORSMAN (96) behaupten nach ihren Untersuchungen, daß Menschen, die unterbeschäftigt sin oder keinen konstan-

ten Arbeitsplatz haben, besonders suizidgefährdet sind, was von LOKORNY (84) bestritten wird. Denn nach seinen Untersuchungen in den VHA [1] fanden sich Suizide häufiger bei Personen, die eine höhere Arbeitsposition und daher mehr Verantwortung hatten, was er als einen "Druckfaktor" bezeichnet, der den Weg zum Suizid erleichtern kann.

Diese vorliegende Untersuchung nähert sich mehr der Aussage, daß der Suizid häufiger bei ungelernten Arbeitern vorkommt, und in diesem Zusammenhang wurden ihre Berufsprobleme untersucht. 17 % hatten in der ersten Dekade und 28 % in der zweiten Berufsprobleme. Von diesen standen Arbeitsplatzwechsel sowie Leistungsunfähigkeit an erster Stelle. Diese Berufsproblematik hängt jedoch eher mit der Geisteskrankheit zusammen als mit dem Suizid selbst.

Die Frage nach dem Wohnort sollte feststellen, inwieweit die Suizidpatienten vor dem stationären Aufenthalt schon unter dem Streß der Großstadt standen (27, 43, 93 usw.). In der zweiten Dekade kamen ca. 80 % der Suizidpatienten aus einer mittleren oder Großstadt.

Nach dieser Untersuchung, unabhängig von der Dekadenverteilung, läßt sich zusammenfassend sagen, daß Männer auch im psychiatrischen Krankenhaus mehr suizidgefährdet sind als Frauen. Unabhängig von der Geschlechtsverteilung kam Suizid häufiger bei alleinstehenden jüngeren Altersgruppen vor (20 bis 49 Jahre), die von einer Stadt mittlerer Größe oder einer Großstadt kamen und in ihrem Beruf schlecht zurecht kamen.

---

1) Veterans Hospital Administration

4.4.2. Der Krankheitsbereich

Die meisten Untersuchungen, die sich mit dem Suizid im psychiatrischen Krankenhaus auseinandersetzen, stellen fest, daß der Suizid sehr eng mit den Psychosen zusammenhängt (5, 1o, 11, 29, 31, 35, 4o, 41, 47, 65, 84, 87, 88, 92, 94, 95, 1o1). Diese Ergebnisse können wir nur bestätigen. Deshalb meint RITZEL (92), daß die Psychose der bedeutsamste ätiologische Faktor des Suizid ist oder nach Angaben von BOCHNIK (19) ist die Psychose ein besonders starkes Suizidmotiv.

Von den Psychosen stehen als Hauptdiagnosen die affektiven Psychosen bzw. die Schizophrenie eng mit dem Suizid zusammen. ACHTE (1) fand, daß 44 % der Suizidanten an einer Schizophrenie litten und bei 33 % von 57 Suizidfällen eine Depression diagnostiziert wurde. Der Autor schließt daraus, daß diese zwei Diagnosengruppen ein hohes Selbstmordrisiko im psychiatrischen Krankenhaus haben, was andere Autoren (5, 7, 13, 3o, 32, 34, 39, 53, 64, 66, 84, 85, 99, 1o5, 1o7, 1o8, 111, 113) unterstützen. Die Untersuchungen von Anfang des Jahrhunderts bis heute bestätigen, daß diese beiden Diagnosengruppen eng mit dem Suizid zusammenhängen, obwohl sich inzwischen die Diagnosestruktur verändert hat.

In offenen psychiatrischen Krankenhäusern kommen andere Diagnosen vor, da dort häufiger Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Borderlinefälle aufgenommen wurden, die in diesem Rahmen auch eine Suizidrisikogruppe sind. Trotzdem wird die endogene Depression als der höchste Suizidrisikofaktor bezeichnet (74). Dieses gilt auch für psychiatrische Abteilungen im allgemeinen Krankenhaus (36, 58) oder sogar für psychiatrische Patienten, die im allgemeinen Krankenhaus stationär behandelt werden (91).

Nach unserer Untersuchung erschienen keine wesentlichen diagnostischen Unterschiede zwischen den Dekaden. Affektive Psychosen und Schizophrenie im Zusammenhang mit dem Suizid waren am häufigsten vertreten. In der ersten Dekade unserer Untersuchung bestand kein Geschlechtsunterschied in der Schizophrenie, während in der zweiten diese Diagnose 3,5-mal häufiger bei Männern als bei Frauen vorkam (in Zusammenhang mit dem Suizid). Die affektive Psychose kam im Gegenteil häufiger in den beiden Dekaden bei den Frauen vor. Dieses wird von den Untersuchungen von ALSTRÖM (5) bestätigt.

Unsere Ergebnisse in Bezug auf Suizid mit organischen Psychosen unterstützen die Aussage von SAUGSTAD (99). Er sagt, daß der Selbstmord eine ungewöhnliche Todesursache in den organischen Psychosen sei und das Selbstmordrisiko wird hier von MYERS (72) als niedrig bezeichnet.

Die Süchte (Alkoholismus und Drogenabhängigkeit), die in der Gesamtpopulation eine wichtige Rolle im Zusammenhang mit dem Suizid spielen (37), waren in dieser Untersuchung unterrepräsentiert, obwohl in der zweiten Dekade häufiger diese Diagnose gestellt wurde. In anderen Untersuchungen (32, 87, 1o1) wird festgestellt, daß bei Männern der Alkoholismus und Suizid sehr häufig zusammen vorkamen, was auch in unserer Untersuchung feststellbar ist. Ein wichtiger Punkt, den diese Studie nicht berücksichtigte, ist der, daß wenn Alkoholismus bei Patienten in der Vorgeschichte bestätigt ist, sich das Selbstmordrisiko erhöht (55).

PRUDHOMME, 1941 (zitiert bei LIPSCHUTZ (64) beschrieb die Selbstmordrate für Epileptiker als 45,6 auf 1oo.ooo Krankenhauspatienten was auch MYERS (72) in seiner

Untersuchung festgestellt hat, was aber unsere Untersuchung nicht unterstreichen kann, obwohl der Suizid bei Epileptikern häufiger in der zweiten Dekade vorgekommen ist [1]. Suizide bei der Ologophrenie kamen selten vor. LEWIS (61) meint, daß die Oligophrenen fast nie zum Suizid neigen, und wenn plötzlich Todesfälle vorkämen, handelte es sich fast immer um Unfälle.
Der Grund, daß Suizide häufiger bei Psychosen vorkommen, ist der, daß diese Kranken unter extremen äußeren Belastungen und inneren Konfliktsituationen stehen (54). Die Geisteskrankheit hat nicht nur einen größeren Einfluß auf die Suizidhäufigkeit, sondern auf die gesamte Mortalität des psychiatrischen Krankenhauses. Es wurde die Mortalitätsrate der psychisch Kranken mit der allgemeinen Bevölkerung verglichen: 1,2 bis 3,6 für die Schizophrenie, 2,8 bis 6,3 für die übrigen funktionellen Psychosen. Bei den organischen Psychosen ist Selbstmord selten (99).
Obwohl die Suizide mehr zu einer jüngeren Altersgruppe gehören, ist der chronische Verlauf der Krankheit in beiden Dekaden auffällig. Bei 7o % der Patienten in der ersten Dekade, bei 65 % in der zweiten Dekade betrug die Dauer der Geisteskrankheit zwischen 1 und 8 Jahren, was sich in den früheren ambulanten und stationären psychiatrischen Behandlungen widerspiegelt. Daß in der zweiten Dekade mehr jüngere Patienten Suizid begangen haben als in der ersten, kann möglicherweise dadurch erklärt werden, daß in den letzten Jahren mehr niedergelassene Nervenärzte die Geisteskrankheiten früher erkannten und diese Patienten ins Krankenhaus überwiesen; denn in der zweiten Dekade standen mehr Patienten unter einer ambulanten fachärztlichen Behandlung als im Vergleich zur ersten Dekade.
ACHTE (1) bestätigte nach seiner Untersuchung, daß sowohl

[1] Selbstmordrate für Epileptiker auf 1oo.ooo Kranke: 1. Dekade 1,o/1oo.ooo und in der 2. Dekade 2,o/1oo.ooo (vgl. S. 5o unter ICD-Nr. 316.1).

akute wie chronische Patienten zum Suizid neigen; von den 44 Pokornischen (84) Suizidfällen standen neun in der akuten Phase der Krankheit (unter einem Jahr Krankheitsdauer), während bei SCHWARTZ (1o5) die meisten Suizidfälle, Schizophrenien wie Depressionen, im chronischen Stadium eingestuft waren. An zweiter Stelle kamen die akuten Fälle, meistens Schizophrene vor und zuletzt chronische Patienten mit einer akuten Exazerbation, wobei Depression am häufigsten war. DEGARD (79) fand eine niedrige Selbstmordhäufigkeit bei den schizophrenen Patienten. Er erklärt dieses damit,daß es viele chronifizierte Fälle waren. Das höchste Suizidrisiko in Zusammenhang mit diesem Krankheitsbild bildeten Männer zwischen 2o und 39 Jahren. Nach den Untersuchungen von KIRVEN (53) wird der Suizid häufiger auf den chronischen Verlauf zurückgeführt, was auch WALFERSDORF (116) unterstreicht. Der chronische Verlauf wird häufiger auf geisteskranke Männer bezogen (1o, 4o, 49). Nach unserer Untersuchung hatten Männer sowie Frauen einen chronischen Verlauf.

Es wurde bestätigt, daß Geisteskrankheiten ein hohes Suizidrisiko in sich bergen und daß es sich wesentlich erhöht, wenn zusätzlich andere Krankheitsbelastungen auftreten (1, 28, 35, 5o, 84 86). Ca. 5o % der Patienten in den beiden Dekaden bestätigten diese Erfahrungen. Leider waren die meisten Autopsieergebnisse nicht erreichbar. Von sechs Beschreibungen wiesen drei pathologische Veränderungen auf, von diesen hatte ein Fall ein übergroßes Gehirn (168o gr.), was BARTEL (12) als "Hirnhypertrophie" bezeichnete.

Zusammenfassend kann man bestätigen, daß es sich meist um chronifizierte Fälle handelte, bei denen Männer am meisten an der Schizophrenie litten, während bei Frauen die Depression vorrangig war. Sie waren auch mit anderen nicht-psychiatrischen Krankheiten belastet. Dieses zusammen erhöht wesentlich das Suizidrisiko im psychiatrischen Krankenhaus.

4.4.3. Behandlung und Krankenhausaufenthalt

Die Einweisungsform der Suizidpatienten erklärt den Aufnahmemodus sowie die Unterbringung der Patienten auf geschlossenen Stationen. Die erste Dekade unterscheidet sich von der zweiten dadurch, daß mehr Patienten von Ärzten eingewiesen wurden, während in der zweiten Dekade die nicht-ärztliche Einweisung überwog. In der zweiten Dekade wurden auch mehr Patienten überredet, sich freiwillig behandeln zu lassen, aber in beiden Dekaden war die Zwangsaufnahme die Regel (vgl. S. 55).
Nach der Untersuchung von WALL (111) war es umgekehrt, von 33 Suizidpatienten wurden fünf zwangsweise aufgenommen und 26 gingen freiweillig ins Krankenhaus. Der Einzug der Liberalisierung im psychiatrischen Krankenhaus ließ sich in der zweiten Dekade erkennen, denn viele der Suizidpatienten konnten sich mit mehr Freiheit im Krankenhaus bewegen, was sich in dem Ort des Suizid widerspiegelt. Dies wird später noch ausführlicher diskutiert. LANGE (57) meint, daß die Suizidtendenz in den Psychosen gleichmäßig auf offene sowie auf geschlossene Abteilungen verteilt ist, denn er fand keine Unterschiede der Suizidquote zwischen offenen und geschlossenen Stationen, was auch MEHNE (68) unterstreicht. Andere

Untersuchungen bestätigen, daß sich nach der Abteilungsöffnung mehr Patienten suizidiert haben (32, 42). Nach den Untersuchungen von RAVN (88), wo über Suizidhäufung in offenen Stationen berichtet wird, sind auch Einflüsse der Psychopharmakatherapie anzunehmen: er fand nämlich, daß die Suizide bei der endogenen Depression und den Schizophrenien zurückgegangen sind und die Zahl der Patienten mit depressiven Reaktionen, die auf offenen Stationen liegen, zugenommen habe.

Andererseits werden situative Faktoren, wie Isolierung, als ein Suizidauslösefaktor bezeichnet (28, 5o, 92). BEISSER (13) meint, man solle die hochgefährdeten Patienten nicht isolieren, denn dieses erhöht das Suizidrisiko, weil unter diesen Umständen die Patienten den menschlichen Kontakt verlieren, der ein "Katalysator" der inneren Aggression des Patienten sein könnte, um zu vermeiden, daß diese Aggression nicht geäußert und gegen sich selbst gerichtet wird. Dies kann unsere Untersuchung unterstreichen (vgl. S. 56).

Obwohl es sich um chronische Patienten handelte, wurden Suizide am häufigsten während der ersten zwölf Monate des stationären Aufenthalts in den beiden Dekaden durchgeführt, was mehr auf einen akuten Schub im chronischen Krankheitsverlauf spricht. Dies wird auch von anderen Untersuchungen bestätigt, ACHTE (1), ÖDEGAARD (78): nach ihren Angaben betrug die Durchschnittsaufenthaltsdauer zwischen drei und sechs Monaten. Andere Meinungen stehen dagegen wie z.B. BEISSER (13). Diese Meinungsunterschiede hängen

wiederum eng zusammen mit der Art des Krankenhauses, wo die Untersuchungen durchgeführt wurden.

Die Elektrokrampftherapie wurde in der zweiten Dekade nicht mehr verwendet, aber die Psychopharmakatherapie hat sich intensiviert und diese Veränderung hat die Suizidhäufigkeit auch nicht erniedrigt (21). SAUGSTAD (99) meint, daß die Psychopharmaka die Suizidquote im psychiatrischen Krankenhaus nicht verändert hat, denn diese Medikamente haben keine schnelle Wirkung auf die Angst oder Depression und vermehren die motorische Aktivität des Patienten. HELMCHEN und HIPPIUS berichteten ausführlich über die depressiven Verstimmungen bis zur Suizidalität, die als Ausdruck eines affektiven Durchgangssyndroms im Rahmen einer Langzeittherapie mit Neuroleptika auftreten können (zitiert von PETRI (81). Dieses zeigt, daß man andere therapeutische Maßnahmen zusätzlich zu der Pharmakatherapie verwenden sollte, denn es wird häufig die psychologische Seite des Patienten vergessen.

Weil sich in der ersten sowie in der zweiten Dekade fast keine Verlegungen oder vorgesehene Entlassungen bestätigen ließen, war es nicht möglich, zu analysieren, ob die Krankenbewegung einen Einfluß auf die Suizidhäufigkeit hat, was in der Literatur nur in wenigen Fällen behandelt wurde (49).

Das Suizidrisiko erhöht sich bei den zwangsweise aufgenommenen Patienten. Die Suizidgefahr liegt am höchsten in den ersten elf Monaten des stationären Aufenthalts. Die Psychopharmakatherapie hat die Suizidhäufigkeit nicht verändert.

4.4.4. Der Suizidbereich

Mit der Frage nach den Selbstmordäquivalenten wollten wir feststellen, ob die Suizidpatienten irgendwie ihre Suizidalität angekündigt haben. Selbstverstümmelungen wurden von MENNINGER (69, 7o) als ein "fokaler Suizid" oder "partieller Selbstmord" betrachtet, wo "die aggressive Entladung auf einen Teil des Körpers verschoben wird", anstatt sich total zu zerstören. Aber im Grunde genommen wird der Suizid auf diese Weise symbolisiert: z.B. könnte bei Neurotikern eine Impotenz auftauchen, im Gegensatz zu Psychotikern, die eher eine Selbstkastration durchführen würden, was übrigens nur in einem einzigen Fall unserer Untersuchung vorgekommen ist.

Selbstmordversuche in der Vorgeschichte werden von mehreren Autoren als wichtige Faktoren für das Suizidrisiko eingeschätzt (38, 55, 58, 65, 71, 75, 76, 111, 112). ACHTE (1) fand in seiner Untersuchung, daß von 57 Patienten 56 % in der Vorgeschichte eine oder mehrere Suizidhandlungen begangen und 6o % über Suizid geredet hatten. FENTON (36) bestätigte, daß von acht Suizidpatienten sieben einen Suizidversuch in der Vergangenheit verübt hatten, während nach NEUMANN (74) von 38 Suizidfällen 21 vorher einen Suizidversuch verübt hatten. Von 18 Suizidanten hatten acht einen bis fünf Suizidversuche in ihrer Vorgeschichte. KIRVEN (53) bestätigte, daß von neunzehn Suizidpatienten 75 % vorher Selbstmordversuche vorgenommen hatten. Über weniger als 3o % Suizidversuche in der Vorgeschichte berichten andere Autoren: EASTWOOD (28), LIPSCHUTZ (64), POKORNY (84), WHEAT (114) und WILSON (115).

Patienten, die bereits einen Selbstmordversuch unternahmen, haben ein hohes Suizidrisiko und das kann die Suizidhäufigkeit im psychiatrischen Krankenhaus beeinflussen (49, 9o, 95). Auch in unserer Untersuchung waren solche Patienten vorhanden. 52 % Suizidpatienten in der ersten Dekade und 46 % in der zweiten waren danach als Patienten mit hohem Suizidrisiko eingestuft, weil in der Vorgeschichte die Suizidversuche erwähnt waren, die meisten mit aktiven Methoden durchgeführt wurden.

Die Suizidalität kann nur subjektiv abgeschätzt werden im Zusammenhang mit dem Verlauf der Krankheit. Als häufigste Kriterien gelten Suizidgedanken, ambivalente Einstellung zum Suizid, Suiziddrohungen, Todessorgen, Todeswünsche (34, 58, 74, 1oo, 1o9, 114, 115). Nach unseren Ergebnissen stand die Suiziddrohung in beiden Dekaden im Vordergrund, aber vermutlich wurden die Suizidabsichten bei den meisten nicht geäußert, was in anderen Untersuchungen auch bestätigt wird. POKORNY (84) untersuchte 44 Suizidfälle, von denen acht Patienten Suizidabsichten äußerten; FARBEROW (34) berichtet über 218 Suizide: 94 Patienten drohten mit Suizid, 3o % hatten über den Selbstmord geredet, 31 Patienten haben ihren Suizid geplant, 81 Fälle wurden als nicht suizidal angesehen und 118 waren unauffällig.

Wir konnten nicht nachweisen, ob Therapieveränderungen einen Einfluß auf die Suizidhäufigkeit haben, denn nur bei einem sehr niedrigen Prozentsatz der Patienten wurden Dosisveränderungen vorgenommen. Bei einigen Patienten standen mitmenschliche Beziehungsprobleme unmittelbar vor dem Suizid. Sie waren vermutlich auch der auslösende Faktor.
Trennung oder Scheidung, partnerschaftliche Probleme kamen am häu-

figsten in der zweiten Dekade bei dieser kleinen Patientenzahl vor, was in diesen Fällen das Selbstmordrisiko erhöht hat. Verluste von Verwandten oder Eheprobleme bringen den Patienten in eine kritische Lage, in der es leicht zum Suizid kommen kann (55, . 114).

Die meisten Patienten unserer Untersuchung verübten den Suizid während der Behandlung, aber in der zweiten Dekade wurden mehrere Suizide nach der Entweichung oder während des genehmigten Ausgangs verübt. Dieses könnte man als Folge der Liberalisierung bezeichnen, denn wie schon vorher erwähnt wurde, waren in diesem Zeitraum diese Patienten nicht mehr so streng bewacht, wie in der ersten Dekade; was in neueren Arbeiten auch bestätigt wird. PENTON (36) spricht von acht Suizidpatienten, von denen fünf den Suizid während der Entweichung aus dem Krankenhaus verübt haben, FARBEROW (34) von 218 Suizidfällen, bei denen 132 der Suizid nach der Entweichung oder während des genehmigten Ausgangs gelungen ist.

Eine häufige Symptomatologie, die eine Woche vor dem Suizid vorkam, waren Ängste und emotionelle Eingeengtheit. Schon HASSE (4o) meinte, daß die Suizidneigung auf dem Boden der Angst sich entwickelt. In der Untersuchung von ACHTE (1) von 33 Suizidfällen wurden bei 58 % Angst beschrieben. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch LITMAN (67), NEUMANN (74), SCHMIDT (1o3) und SCHWARZ (1o5); denn die Angst führt häufig zu einer psychischen Labilität, die das ursächliche Moment des Suizids sein kann.

Die auffallende Symptomatologie im Verhalten bildet zwei Extreme. In der ersten Dekade stand auf einer Seite die Unruhe und auf der anderen die Isolierungstendenz, während in der zweiten Dekade diese letzter-

wähnte Tendenz gegenüber der momentanen Stimmungsschwankung stand, was schon von FARBEROW (34) beobachtet wurde. Aggressivität in allen beiden Dekaden kam nur selten vor. HASSE (4o) meint, Suizid ist das Resultat einer momentanen Verstimmung, was auch von BOCHNIK (19) beobachtet wurde.

ERNST (32) äußert, man solle Kranke, die sich auf offenen Abteilungen unauffällig zurückzuziehen beginnen, nicht aus den Augen verlieren, auch wenn plötzlich eine Besserung bei erregten Patienten auftaucht. Denn gleich danach folgt häufig der Suizid, die Kranken haben die Erlösung von ihrem Leiden gefunden und sich in diese Idee verrannt. Um zu gesicherten Ergebnissen zu kommen, müßte man die verschiedenen Symptomatologien objektivieren können, was in retrospektiven Untersuchungen nicht möglich ist. Deshalb haben wir nur die wichtigsten Symptome, die in dieser Untersuchung aufgetaucht sind mit anderen Ergebnissen verglichen und suchten die Symptome, die mehr oder weniger in allen Krankheitsformen vorkommen.

Bei zwei Abschiedsbriefen, die geschrieben wurden, wurde das Suizidmotiv ausführlich geschildert. In einem Fall war das Motiv Ehebruch und im anderen Hilflosigkeit wegen Verschlechterung des Krankheitsbildes, was für den Patienten unerträglich erschien.

Über die Selbstmordmethoden wurde schon mehrfach diskutiert. WEISS (112) meint, daß sie eine symbolische Bedeutung haben und mit dem Lebensstil zusammenhängen (1o6). Die Selbstmordmethode im Bezug zum psychiatrischen Krankenhaus hängt stark von den verschiedenen Anstalten, und von den dort gegebenen Verhältnissen ab (7), so daß die Wahlmöglichkeiten

der Methode sich in den Krankenhäusern und mehr noch in den geschlossenen Abteilungen sehr reduzieren (32). Deshalb ist das Erhängen einer der häufigsten Selbstmordmethoden, die im Krankenhaus vorkommen, denn, wie schon gesagt, sind andere Methoden schwer erreichbar (1, 5, 7, 10, 49, 53, 78). Die Selbsmordmethode hängt auch mit dem Krankheitsbild zusammen (EASTWOOD (28)); impulsive Aktionen wie Überfahrenlassen und Sturz aus der Höhe kommen häufiger bei Schizophrenen vor.

Das Erhängen war auch außerhalb des Krankenhauses die am häufigsten verwendete Methode.

Als die Liberalisierung ins Gespräch kam, wurde Beobachtet, daß sie einen Einfluß auf den Ort des Suizids, den Behandlungsstatus usw. hatte. Im Dekadenvergleich fällt erstens auf, daß in beiden Dekaden am häufigsten die "aktiven oder harten" Methoden verwendet wurden, bei Frauen wie bei Männern; es gibt auch keinen krassen Geschlechtsunterschied bei den "passiven Methoden". In den beiden Dekaden wurden auch fast alle Methode verwendet, außer Erschießen und Verbrennen. In der zweiten Dekade kam das Überfahrenlassen häufiger vor, im Gegensatz zur ersten Dekade. Erhängen wurde vorwiegend von denjenigen Suizidpatienten angewandt, die sich frei im Krankenhaus bewegen durften. Auf diese Weise hat sich der Ort des Suizids in der zweiten Dekade auch geändert, denn ca. 50 % der Suizidpatienten verübten den Suizid außerhalb der Station. Während der zweiten Dekade wurden die Fenstergitter allmählich entfernt. Parallel dazu kam es vermehrt

zu Selbstmorden durch Sturz aus der Höhe, eine Methode, die in der erste Dekade nur in einem Fall vorkam. In diesem Zusammenhang ist noch ein interessantes Ergebnis von ASBERG (8) zu erwähnen. Sie stellte fest, daß depressive Patienten mit niedriger 5-HIAA Konzentrationen (5-Hydroxyindolessigsäure) signifikant häufiger zum Suizid neigten sowie zu "harten" Suizidmethoden griffen, verglichen mit denen, die eine hohe Konzentration derselben Säure aufwiesen[1]).

JENSEN (49) konnte in seiner Untersuchung zeigen, daß von 115 gelungenen Suiziden 35 Selbstmordversuche in der Vorgeschichte auftraten. Von diesen haben 10 % die Methode wiederholt, die sie auch bei früheren Versuchen verwendet hatten, vielleicht mit einem Lernprozeß zusammenhängt. Dieser Frage sind wir in unserer Untersuchung nachgegangen und konnten bestätigen, daß ca. 20 % in den beiden Dekaden dieselbe Methode, die sie beim Versuch verwendet hatten, beim gelungenen Suizid wiederholten.

In mehreren Untersuchungen wurde erwähnt, daß der Suizid während des Winters und im Frühling häufiger vorkommt (9), denn in dieser Zeit ist die Aktivität des Patienten beschränkt; dieses gilt in gewisser Hinsicht für Wochenenden oder Feiertage. Ferner wird berichtet daß Selbstmord häufiger nachts oder am frühen Morgen vorkommt, wenn die Bewachung nicht so streng ist. Nach unserer Untersuchung ergaben sich keine Differenzen zwischen den Jahreszeiten. Es war nicht möglich festzustellen, daß sich der Suizid am Wochenende bzw. an Feiertagen häufiger ereignete. Das auffälligste war, daß die Suizide sehr häufig in den Mittagsstunden auftraten (was auch BENHAM (14) bestätigte) und zwar kurz nach dem Essen.

Zusammenfassend läßt sich aufgrund unserer Ergebnissen bestätigen, daß geisteskranke Patienten, die

---

[1]) Es handelt sich um Ergebnisse von einer Untersuchung derselben Autorin, aber diese Arbeit ist noch im Druck.

Selbstmordversuche in der Vorgeschichte haben, ein hohes Suizidrisiko tragen. Die Suizidalität ist schwierig abzuschätzen. Man soll auf Suiziddrohungen sowie Ängste und emotionelle Eingeengtheit, Isolierung des Patienten und Stimmungsschwankungen achten. Der Suizid kommt häufiger während der Behandlung vor, Erhängen ist die häufigste Methode die verwendet wird. Wegen der Liberalisierung haben sich die Selbstmordmethoden verändert sowie der Ort des Suizids. Suizid nach Entweichung und genehmigtem Ausgang kam ebenfalls häufiger vor.

Familienanamnese

KALLMANN und ANASTASIO (51) stellten nach ihrer Untersuchung an Zwillingen fest, daß der Suizid "per se" genetisch nicht übertragen werden kann; es gäbe aber eine Übertragung der potentiellen Anlagen für die Entwicklung der Suizidzüge unter bestimmten Lebensumständen. Genetische Elemente spielen eine wichtige Rolle in der Entwicklung von Persönlichkeiten, die unter Streßsituationen sehr zum Suizid neigen oder in der Entwicklung von Geisteskrankheiten, die mit dem Selbstmord eng zusammenhängen. SCHMIDT (1o3) sprach in diesem Zusammenhang von individuellen Belastungsfaktoren. ACHTE (1) stellte in seiner Untersuchung fest, daß von 57 Suizidfällen bei 22 eine Geisteskrankheit bei den Eltern und bei 18 % bei den Brüdern vorlag; POUGET (87) berichtete, daß bei den 4o % der 22 Suizidpatienten die Angehörigen an einer Geisteskrankheit litten. Diese Zahl ähnelt unseren Ergebnissen. Nach Angaben von KRIEGER (55) erhöht sich das Selbstmordrisiko bei Patienten, bei deren Angehörigen auch Suizid vorgekommen ist, was auch schon früher von ZILBOORG (117) und ADLER (4) beobachtet wurde.

Zusammenfassend läßt sich sagen: das Suizidrisiko erhöht sich bei Patienten, die eine familiäre Belastung im Zusammenhang mit Geisteskrankheiten haben und mehr noch, wenn diese eng in Verbindung mit dem Suizid stehen.

In der Literatur wird immer wieder betont, daß die Selbstmordneigung sich schon in einer sehr frühen Periode der Kindheit entwickelt, SADGER (98) meint, die Selbstmordneigung entwickle sich in einer Zeit, an die man sich nicht erinnern kann, nämlich in der Säuglingsperiode. Darum suchte ADLER (4) schon in den Kindern Eigenschaften, die man als potentielle Selbstmordtypen bezeichnen könnte. Diese hatten starke Wünsche krank zu werden oder zu sterben, Zornausbrüche mit gewollten Selbstbeschädigungen, Neigung zu Selbstbeschuldigung und Hungerstreiks. Diese Aspekte untersuchte LÖWNAU (67) weiter und er beschrieb, daß das Fortlaufen, der psychogene Ausnahmezustand und die psychogene Eßstörung für einen Beginn der suizidalen Impulse sprechen. STORK (1o9) meint, daß man bei Suizidanten, die nach einem Selbstmordversuch überlebten, feststellen konnte, daß diese sich schon in der Kindheit intensiv mit dem Tod beschäftigt hatten. ZILBOORG und ANDICS (zitiert nach WEISS (112) meinten, daß die Wurzeln der Suizidneigung in einer schlechten Kindheit liegen: z.B. Kinder, die ohne Liebe erzogen wurden oder Kinder, die nicht gewünscht waren. Auch die schlechte Erziehung kann ein Grund des Suizids sein (1o2).

ZILBOORG war der erste, der die Beziehung zwischen Selbstmord und Verlust eines Angehörigen in der Frühkindheit aufdeckte. Dies kann oft zu einer sozialen Einsamkeit oder Isolierung führen, welche wichtige Faktoren des Suizidausbruchs sind. Das

wurde auch von STORK (1o9), und LESTER (59) unterstrichen. Wenn diese vor dem vierzehnten Lebensjahr vorkommt, besteht es als ein Suizidrisiko; empirisch wurde dieses Phänomen bei den Suizidanten im psychiatrischen Krankenhaus nachgewiesen. ACHTE (1) untersuchte die Suizide in sieben psychiatrischen Anstalten in Helsinki[1]; von 57 Suiziden kamen bei sechs Patienten der Tod der Mutter in Frage, bei anderen fünf Patienten der Tod des Vaters, bei einem Fall waren beide Eltern gestorben und bei 38 % waren die Eltern geschieden. Dieser Prozentsatz ist höher als der für die Gesamtbevölkerung.

FARBEROW (34) fand, daß Schulprobleme nicht häufiger bei Suizidpatienten vorkamen, als bei einer Kontrollgruppe von Nicht-Suizidanten. LÖWNAU (67) sprach von psychogenen Lernstörungen im Schulalter bei den Suizidanten. LEWIS (61) meint, daß die Homosexuellen ein hohes Selbstmordrisiko in sich bergen, weil sie meistens ihre Aggressivität nicht äußern können, wenn sie von der Gesellschaft abgestoßen werden und auch mehr oder weniger isoliert leben. Die Einsamkeit kann den Suizid erleichtern (1o3), was HOVE (44) feststellen konnte. Von 5oo untersuchten Suiziden im Krankenhaus hatten 72 große Schwierigkeiten, sich an die Gesellschaft anzupassen.

Es war aber nicht nur die Absicht, einigen dynamischen Aspekten nachzugehen, sondern auch nach anderen, vielleicht mehr objektiven Belastungen zu fragen, die wahrscheinlich als ein Einflußfaktor des Suizids wirken könnten, wie Entwicklungsstörungen,

---

[1] Mental Health District of Helsinik: The material was collected of the KAMMIO, KELLOKOSKI, HESPERIA, TAMMINIKKLÄ, RÖYKKÄ and PIRITA hospitals. Only mental hospitals were taken into account in the study. SAARI,

Auffälligkeiten und frühere Erkrankungen des Patienten, wo auch nur einige Unterlagen greifbar waren. Nach diesen Ergebnissen kann man erkennen, daß in den retrospektiven Untersuchungen nur grobe Daten verfügbar sind, da man davon ausgehen muß, daß die Krankenblätter nicht systematisiert sind und ihre Daten oft nicht verwendbar für statistische Untersuchungen sind. Trotzdem kann die Untersuchung der Krankengeschichte einige Aufschlüsse geben, um diesem Phänomen allmählich näher zu kommen.

5. Selbstmordverhütung im psychiatrischen Krankenhaus

Der Suizid ist keine ungewöhnliche Todesursache im psychiatrischen Krankenhaus (64), weil jeder psychisch Kranke potentiell suizidgefährdet ist (7, 10, 92). Man muß davon ausgehen, daß es nicht möglich ist, den Suizid im Krankenhaus zu 100 % zu verhüten, denn ein Suizid ist nicht zu verhindern, wenn der Patient sich entschloß ihn zu begehen (105) und dieses Ziel konsequent zu verfolgen in der Lage ist.

Ein anderes Problem besteht darin, daß die Suizidalitätsabschätzung letztlich dem subjektiven Gefühl des Arztes überlassen bleiben muß (10); da die Suizidalität von Tag zu Tag schwankt, ist die Verhütung sehr schwierig (36). Dazu kommen noch die Suizide, die ohne erkennbaren äußeren Anlaß oder ohne Zuspitzung der psychiatrischen Symptomatik vorkommen (54).

Diese Schwierigkeiten wurden ausführlich von BACKLIN (9) dargestellt, der die vorgekommenen Suizide in drei Gruppen einteilte:

1. Eine sehr kleinen Gruppe mit intensivem rücksichtslosem Selbstmorddrang. Hier ist es ganz unmöglich, die Tat zu verhindern.

2. Eine Gruppe, (die hauptsächlich alte Schizophreniefälle enthält) wo der Suizid plötzlich ohne erkennbaren Anlaß eintritt. Diese Fälle können nicht vorausgesehen und deshalb kaum verhindert werden.

3. Eine weitere Gruppe enthält fast drei viertel (159 Patienten) aller Fälle, wo vor der Tat Lebensüberdruß geäußert oder Selbstmordversuche gemacht wurden oder die Selbstmordgefahr auf andere Weise erkennbar war. Von diesen Fällen hätte ein Teil vielleicht+ verhindert werden können, wenn der zuständige Arzt die Gefahr nicht falsch beurteilt hätte oder das Pflegepersonal nicht ungenügend unterrichtet gewesen wäre.

Es ist also ein Problem, das keine Lösung findet, denn in der letzten Eingruppierung der Suizidfälle taucht wiederum das Problem Arzt-Pflegepersonal-Patienten-Verhältnis auf. Das bedeutet nach Worten von POHLMEIER (83) "mit selbstmordgefährdeten Menschen umgehen zu können", und das bedeutet nicht nur den Patienten medikamentös zu behandeln, sondern es soll eine gute Übertragung gefordert werden (43), denn je mehr man mit den Patienten spricht, desto mehr vermindert sich auch die Suizidalität (89). Man muß sich intensiver mit den suizidgefährdeten Menschen auseinandersetzen (55), um den "Schrei um Hilfe" zu erkennen (53); denn der Psychiater spielt eine wichtige Rolle im Suizidprozeß, was anhand eines Beispiels erklärt werden kann:

BLOOM (18) konnte feststellen, daß sechs Suizide gelungen waren, weil der Therapeut diese Patienten von sich stieß, verweigerte, reprimierte oder seine Feindseligkeit auf den Patienten wandte. Darum fordert ein anonymer Autor (7) Supervision, Orientierung und Unterricht für die Assistenzärzte und das Personal, um einen positiven Eindruck auf den Patienten zu machen, um ihm zu helfen, seine individuelle,zerstörte Welt zu integrieren. Dieses wird sehr leicht gesagt, aber wir müssen

+) Unterstreichung vom Verf.

davon ausgehen, daß der Arzt oder das Pflegepersonal viel Zeit für die bürokratische Arbeit verwendet, was die Qualität der Behandlung behindert. Die Liberalisierung hat sich in mancher Hinsicht bemerkbar gemacht. Dieses läßt sich aber meist nur in der äußeren Struktur beobachten; in der inneren Struktur macht dieser Prozeß nur langsame Fortschritte. Andere therapeutische Maßnahmen sind außerdem zu berücksichtigen: z.B. aktive Arbeitstherapie, denn das Suizidrisiko erhöht sich mit der Aktivitätsbeschränkung (1, 42) sowie langfristige Psychotherapie.

Risikofaktoren im allgemeinen

1. Bei Männer ist die Suizidgefahr höher als bei Frauen.
2. Das Risikoalter variiert zwischen 20 bis 49 Jahren bei den Geschlechtern.
3. Eine schlechte berufliche Situation erhöht das Suizidrisiko.
4. Alleinstehende Patienten (ledig, geschieden, verwitwet) haben ein hohes Risiko Suizid zu begehen.
5. Die akute Exazerbation bei chronifizierten schizophrenen Männern und depressiven Frauen erhöht das Suizidrisiko.
6. Das Risiko ist hoch bei Patienten, die mit anderen nichtpsychiatrischen Erkrankungen zusätzlich belastet sind.
7. Die Sucht in der Vorgeschichte erhöht das Suizidrisiko (In unserer Untersuchung wurde bei 16 % der Patienten ein primärer Alkoholismus festgestellt und bei 13 % ein sekundärer Alkoholismus).
8. Ein oder mehrere Selbstmordversuche in der Vorgeschichte erhöhen das Risiko.
9. Geisteskrankheiten bei Verwandten erhöhen das Suizidrisiko.
10. Das höchste Suizidrisiko besteht in den ersten elf Monaten des stationären Aufenthalts.
11. Die Gefahrzeichen des Suizids sind: Selbstmorddrohungen, Ängste, emotionelle Eingeengtheit, Isolierung und momentane Stimmungsschwankungen.

Spezifische Risikofaktoren im psychiatrischen Krankenhaus

In der Tabelle 56 werden die bisher in der Fachliteratur ermittelten nicht-klinischen Faktoren zusammengefaßt, die nach Meinung der jeweiligen Autoren das Auftreten von Suizid im psychiatrischen Krankenhaus mitbeeinflussen können.

Tab. 56 Faktoren, die den Suizid im psychiatrischen Krankenhaus erhöhen können

s. Seite 1o7a
1o7b

Die Selbstmorde im psychiatrischen Krankenhaus hängen nicht nur von der psychischen Erkrankung selbst und den damit eng zusammenhängenden Faktoren wie etwa Verlauf und Stadium der Krankheit, Intensität der Symptome, Nebendiagnosen, Lebensalter, Geschlecht usw. ab, sondern auch von Faktoren, die nicht auf der klinischen Ebene liegen, wie z.B. der Krankenhauseigendynamik auf der einen und der im Laufe der Zeit eingetretenen Veränderungen (Vgl. Tab. 5 Seite 11) auf der anderen Seite.
Die Selbstmordverhütung im psychiatrischen Krankenhaus ist ein komplexes Problem, mit dem sich die Forschung in der Zukunft verstärkt beschäftigen muß, um geeignete Suizidverhütungsmaßnahmen zu entwickeln.

Tab. 56

Faktoren, die die Suizidhandlung im psychiatr. Krankenhaus erhöhen können

	Anonymus (1977)	BACKLIN (1937)	BEISSER (1967)	COSER (1975)	ERNST (1974+1979)	FENTON (1977)	HESSÖ (1977)	JENSEN (1966)	KAHNE (1968)	KROLL (1978)	LÖNNQVIST (1974)	NISKANEN (1974)	RETTERSTÖL (1978)	ROTOV (197o	SAUGSTAD (1979
1. Krankenhausdesorg.															
a Supervisionsmangel	*			*											
b Mangel a.Ausb.programm	*														
c Häuf.Ärzterot.o.-Wechs.	*									*		*			
d Krankhs.führ.verluste				*											
2. Unerw.od.plötzl. soziale Krankenhausinstabilität															
a Hohe Umsetz.geschwind.k.		*								*		*			*
3. Liberalisierungsbewegung															
a Abschaff.d.Sicherheitsmaßnahmen					*		*	*			*		*		*
b Soz.Druck a.d.Patienten							*								
c Kurzfrist.Behandl.zeit u.häuf.Krankenbewegung							*	*							
4. Patientenisolierung			*											*	
5. Veränd. i.d.hospitalis. Bevölkerung						*	*	*			*				
6. Mangelhafte Umgebungsunterstützung														*	
7. Therapie															
a Verwend.v.unbrauchbaren und unzulängl.Therapiemaßnahmen														*	
b ausl.Therapeuten und/od. ohne heim.Fachausbildung									*						

Tab. 56

Faktoren, die die Suizidhandlung im psychiatrischen Krankenhaus erhöhen können

1. Krankenhausdesorganisation
   a Supervisionsmangel
   b Mangel an Ausbildungsprogrammen
   c Häufige Ärzterotation oder Ärztewechsel
   d Krankenahusführungsverluste
2. Unerwartere oder plötzliche soziale Krankenhausinstabilität
   a Hohe Umsetzungsgeschwindigkeit
3. Liberalisierungsbewegung
   a Abschaffung der Sicherheitsmaßnahmen (Open-Door-System)
   b Sozialer Druck auf den Patienten
   c Kurzfristige Behandlungszeit und häufige Krankenbewegung
4. Patientenisolierung
5. Veränderung in der hospitalisierten Bevölkerung
6. Mangelhafte Umgebungsunterstützung
7. Therapie
   a Verwendung von unbrauchbaren un unzulängliche Therapiemaßnahmen
   b Ausländische Therapeuten und/oder ohne heimische Fachausbildung

6. Zusammenfassung

Es wurde geprüft, ob sich die Zahl der gelungenen Selbstmorde in zehn Bezirkskrankenhäusern Bayern in der Dekade von 1967 - 1976 gegenüber der ersten Dekade von 195o - 1959 verändert hat und ob Größe des Krankenhauses, die Krankenbewegung, Ärzte- und Pflegepersonal-Patienten-Schlüssel sowie Zwangsaufnahmemodus einen Einfluß auf die Häufigkeit des Selbstmordes im Krankenhaus haben.

Es ergab sich eine signifikante Zunahme der Suizidrate in der zweiten Dekade. Die absolute Suizidhäufigkeit stieg in sieben von den zehn Häusern, die Suizidrate dagegen nahm nur in zwei Häusern zu. Es bestätigte sich ein Zusammenhang zwischen Bettenzahl, Aufnahmeziffern und Suiziden nur in der ersten Dekade. Es zeigte sich kein Zusammenhang zwischen Arzt- und Pflegepersonal-Patienten-Schlüssel sowie zwangsweiser Aufnahme und der Zahl der Suizide. Dagegen ergab sich in der zweiten Dekade, daß bei steigender Zahl der Ärzte die Suizide zunahmen. Um die einzelnen Suizidfälle zu analysieren, wurde eine zweite Untersuchung durchgeführt. Dabei entfielen vier Krankenhäuser, weil deren Daten aus verschiedenen Gründen nicht erreichbar waren. Es wurde nachgeprüft, ob trotz der Reduzierung der Zahl der Krankenhäuser noch eine signifikante Zunahme der Suizide in der zweiten Dekade im Vergleich zur ersten zeigte. Auch wurde überprüft, ob die Aufnahmezahl oder der Aufnehmemodus (Zwangsaufnahme) einen Einfluß auf die Suizidhäufigkeit hatten. Nach der Untersuchung der einzelnen Suizdifälle in sechs bayerischen psychiatrischen Kraneknhäusern ergab sich die Möglichkeit zu beschreiben, welche Daten das Suizidrisiko erhöhten.

Die signifikante Zunahme der Suizide in der zweiten Dekade

wurde auch an dem reduzierten Krankengut bestätigt.

Es ließ sich kein Zusammenhang zwischen höherer (über elf Monaten) Verweildauer und Suizidhäufigkeit nachweisen. Im Gegenteil, bei kürzerem Aufenthalt (unter elf Monaten) war die Suizidzahl etwas höher als bei höherer Verweildauer. Die Erhebung der Suizide bei zwangsweiser Aufnahme zeigte eine Erhöhung des Suizidrisikos.

Nach der Untersuchung der einzelnen Suizidfälle in den sechs Bezirkskrankenhäusern und unabhängig von der Dekadenverteilung läßt sich zusammenfassend sagen, daß Männer eine stärkere Suizidneigung haben als Frauen. Unabhängig von der Geschlechtsverteilung kamen Suizide häufiger bei Alleinstehenden jüngerer Altersgruppen (2o - 49 Jahren) vor, die aus einer Mittel- oder Großstadt kamen und beruflich schlecht gestellt waren. Das Suizidrisiko war höher bei den chronifizierten Fällen, am höchsten bei schizophrenen Männern und depressiven Frauen, die zusätzlich mit anderen nicht-psychiatrischen Krankheiten belastet waren.

Die Suizidgefahr ist am höchsten in den ersten elf Monaten des stationären Aufenthaltes. Patienen, die Selbstmordversuche in der Vorgeschichte hatten, hatten ein hohes Suizidrisiko. Suiziddrohungen, Ängste, emotionelle Eingeengtheit, Isolierung und Stimmungsschwankungen können als Gefahrzeichen angesehen werden. Das Suizidrisiko erhöht sich bei Patienten, die familiäre Belastungen haben im Zusammenhang mit Geisteskrankheiten, die eng in Verbindung

mit dem Suizid stehen. Man könnte vermuten, daß die bestätigte signifikante Suizidzunahme der zweiten Dekade möglicherweise mit der erwiesenen signifikanten Zunahme der Suizide, die während der Entweichung und des genehmigten Ausgangs vorkamen, zusammenhängt. Dies konnte aber wegen der fehlenden Bezugszahlen nicht bestätigt werden. Darum muß die Frage offen gelassen werden, inwieweit die Liberalisierungsbewegung die Suizidrate erhöht hat, was von mehreren Untersuchern (32, 42, 49, 66, 9o, 99) angenommen wird, da die Erhöhung der Zahl der Suizide zeitlich eng mit der Einführung der Liberalisierung im psychiatrischen Krankenhaus zusammenhängt. Unsere Untersuchungen zeigten jedoch klar einen Einfluß der Liberalisierung auf die Methoden wie auf den Ort der Suizidausführung.

7. Literaturverzeichnis

1. ACHTE, K. A., STENBÄCK, A. und H. TERÄVÄINEN:

On suicides committed during treatment in psychiatric hospitals. Acta Psychiat. Scand. 42n(3), 272-284 (1966)

2. ACHTE, K. A. und J. LÖNNQVIST:

Suicides of psychiatric patients in Helsinki. Psychiatria Fennica, 215-221 (197o)

3. ACKERKNECHT, E. H.:

Kurze Geschichte der Psychiatrie, 2. Auflage, Ferdinand-Enke Verlag, Stuttgart (1967)

4. ADLER, A:

Selbstmord. Int. Zeitschrift für Individualpsychologie 14, 49-52 (1937)

5. ALSTRÖM, C. H.:

Mortality in mental hospitals. Acta psychiat. neurol. Suppl. 24, 188-195 (1942)

6. ANONYMOUS:

A suicide epedemic in an psychiatric hospital. Diseases of the Nervous System. 38 (5), 327-331, (1977)

7. ANONYMOUS:

Medical contributions to suicide. British Medical J. 3, 61o (1969)

8. ASBERG, M., THOREN, P. und TRÄSKMAN, L.:

"Serotonin depression". A biochemical subgroup with in the affective disorders? Science, 191, 478-48o (1976)

9. BACKLIN, E.:

Selbstmord im staatlichen Irrenhaus von Schweden in den Jahren 19o1-1933. Hygiea, 99, 65-1oo (1937)

1o. BANNEN, D. M.:

Suicide by psychotics. J. Nerv. Ment. Dis. 12o, 349-357 (1954)

11. BARRACLOUGH, B. M., BUNCH, J., NELSON, B. und B. SAINSBURY:

A hundred cases of suicide: Clinical aspects, Brit. J. Psychiat. 125, 355-373 (1974)

12. BARTEL, J.:

Zur pathologischen Anatomie des Selbstmordes. Wien. klin. Woch. 14, 496-5o4 (191o)

13. BEISSER, A. R. und J. E. BLANCHETTE:

A study of suicides in a mental hospital. Dis. Nerv. Syst. 22, 365-369 (1961)

14. BENHAM, H. A.:

Some remarks on suicides in public asylums. J. Ment. Sci. 49, 447-453 (19o3)

15. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode (7/42oo), 11-12 (1978)

16. Bericht über das Bayerische Gesundheitswesen, Jahre: 195o-1959 und 1967-1976

17. BIENER, K.:

Epidemiologie des Selbstmordes. Bayer. Ärzteblatt 1o, 968-73 (1969)

18. BLOOM, V.:

An analysis of suicide at a training center. Amer. J. Psychiat. 123 (8), 918-925 (1967)

19. BOCHNIK, H. J.:

Zur statistischen Phänomenologie des Selbstmordes. Zbl. Neurol. Psychiat. 196, 1 (1969)

2o. BÖHME, K.:

Probleme der retrosepktiven Auswertung von Suizidkrankenblätter. Zbl. Neurol. Psychiat. 196, 2 (1969)

21. CHAPMAN, R. F.:

Suicide during psychiatric hospitalization. Bull. Menninger Clin. 29, 35-44 (1965)

22. CIOMPI, L.:

Late suicide in former mental patients. Psychiat. clin. 9, 59-63 (1976)

23. COPAS, J. B., FREEMAN-BROWN, D.L., ROBIN, A.A.:

Danger periods for suicide in patients under treatment. Psychol. Med. 5 (1), 4oo-4o4 (1971)

24. COSER, R. L.:

Suicide and the relational system: A case study in a mental hospital. J. Health Soc. Behav. 17, 318-27 (1975)

25. CRAWFORD, J. P. und J. H. WILLIS:

Double suicide in psychiatric hsopitals patients. Brit. J. Psychiat. 112, 1231-235 (1966)

26. DUBITSCHER, F.:

Der Suizid. Georg Thieme Verlag, Stuttgart (1957)

27. DURKHEIM, E.:

El Suizidio. Nuestros Clásicos. Dirección General de Publicaciones. Universidad Autónoma de México. 1. Edit., 2o7-381 (1974)

28. EASTWOOD, M. R. und I. E. PEACOKE:

Suicide, diagnoses and age. Canad. Psychiat. Asso. J. 2o (6o), 447-449 (1975)

29. EDEL:

Das Suizidium in Irrenanstalten und § 222 d. StGB, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. 41, 422-429, (1891)

3o. EISENTHAL, S. H., FARBEROW, N.L. und SHNEIDMAN, E.S.:

Follow up of neuropsychiatric patients in suicide observation status. Public Health Reports 81 (11), 977-99o (1966)

31. ELLENBERGER, H. F.:

Psychiatry from ancient to modern times. American Handbook of Psychiatry. Hrg. Silvano Arieti, 2. Edit. Basic Books, Int., Publichers (1974).

32. ERNST, K.:

Die Zunahme der Suizide in den Psychiatrischen Kliniken. Sozial- und Präventivmedizin 24, 34-7 (1979)

33. FARBEROW, N. L. und E. S. SHNEIDMAN:

Necesito Ayuda! (The Cry for Help). Edit. La Prensa Médica Mexicana 1969 (1961)

34. FARBEROW, N. L., SHNEIDMAN, E.S. und NEURINGER, C.:

Case history and hospitalization factors in suicides of neuropsychiatric hospital patients. J. Nerv. Ment. Dis. 142, 32-44 (1966)

35. FARBEROW, N. L.; GANZLER, S.; CUTTER, F. und D. REYNOLDS:

An eigth year survey of hospital suicides. Life Threatening Behavior 1 (3), 184-2o2 (1971)

36. FENTON, F. R. und A. M. MANN:

Suicide in the general hospital psychiatric unit. IX Int. Congress on Suicide Prevention and Crisis Intervention Helsinki 2o-23 (June 1977)

37. FEUERLEIN, W.:

Psychopathologische Gemeinsamkeiten von Sucht und Suizidhandlungen. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 12, 788-791 (1978)

38. FLOOD, R. A. und C. P. SEAGER:

A retrospektive examination of psychiatric case records of patients who subsequently committed suicide. Brit. J. Psychiat. 114, 443-5o (1968)

39. GUCCI:

La tendenza al suicidio ed i suicidii negli alienati. J. Ment. Science 49, 175-176 (19o3)

4o. HASSE:

Über Selbstmord in Irrenanstalten. Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie 41, 297-325 (1885)

41. HAND, M. H. und A. M. MEISEL:

Dynamic aspects of suicide. Dis. Nerv. Sys. 27, 373-382 (1966)

42. HESSÖ, R.:

Suicide in Norwegian, Finnish and Swedish psychiatric hospitals. Arch. Psychiat. Nervenkr. 224, 119-127 (1977)

43. HOENIG, J. und M. W. HAMILTON:

Mortality of psychiatric patients. Acta Psychiat. Scand. 42, 349-361 (1966)

44. HOVE, H.:

Suicides. J. Am. Med. Asso. 152, 1649 (1953)

45. Jahresbericht der bayerischen Bezirkskrankenhäuser: 195o bis 1959 und 1967 bis 1976

46. JAMES, I. P. und S. LEVIN:

Suicide following discharge from psychiatric hospital. Arch. Gen. Psychiat. 1o, 43-46 (1964)

47. JAMIESON, G. R. und J. H. WALL:

Some psychiatric aspects of suicide. Psychiatric Quarterly 7, 211-229 (1933)

48. JAMIESON, G.:

Suicide and mental disease: A clinical analysis of one hundred cases. Arch. Neurol. Psychiat. 36, 1-12 (1936)

49. JENSEN, L.:

Nosocomial suicides and suicides among discharged patients. Acta Psychiat. Scand. 42 (Suppl. 191), 149-17o (1966)

5o. KAHNE, M. J.:

Suicide amoung patients in mental hospitals. Psychiatry 31, 32-43 (1968)

51. KALLMANN, F. J. und M. M. ANASTASIO:

Twin studies on the psychopathology of suicide. J. Nerv. Ment. Dis. 1o5, 4o-57 (1947)

52. KENNEDY, B. L.:

Factors compelling psychiatric hospitalization in crisis. J. Nerv. Ment. Dis. 163, 341-47 (1976)

53. KIRVEN, L. E.:

A study of suicides in a state mental hospital system. Virginia Medical Monthly. 93, 35o-54 (1966)

54. KOESTER, H.:

Möglichkeiten und Grenzen der Freizügigkeit in der stationären Behandlung psychisch Kranker. Der Nervenarzt 9, 421-29 (1969)

55. KRIEGER, G.:

Psychologycal autopsies of hospital suicides. Hospital and Community Psychiatry 19, 218-22o (1968)

56. KROLL, J. L.:

Self-destructive behavior on an inpatient ward. J. Nerv. Ment. Dis. 166, 429-434 (1978)

57. LANGE, E.:

Die Suizidgefahr beim open-door-system (ods) in stationären psychiatrischen Einrichtungen. Social Psychiatry 1, 64-72 (1966)

58. LERER, B. und J. AVNI:

Suicide in a general hospital psychiatric department. Psychiat. clin. 9, 1o6-111 (1976)

59. LESTER, D.:

Self-mutilation behavior. Psycholog. Bull 78, 119-128 (1972)

6o. LEVY, S. und R. H. SOUTHCOMBE:

Suicide in a state hospital for the mentally. J. Nerv. Ment. Dis. 117, 5o4-14 (1953)

61. LEWIS, N. D. C.:

Studies on suicide. I. Preliminary survey of some significant aspects of suicide. Psychoanal. Rev. 2o, 241-273 (1933)

62. LEWIS, N. D. C.:

Studies on suicide. II. Some comments on the biologic aspects of suicide. Psychoanal. Rev. 21, 146-53 (1934)

63. LINDELIUS, R.:

Trends in suicide in Schweden 1749-1975. Acta. psychiat. scand. 6o, 295-31o (1979)

64. LIPSCHUTZ, L. S.:

Some adiministrative aspects for suicide in mental hospitals. Amer. J. Psychiat. 99, 181-87 (1942)

65. LITHMAN, R. E.:

When patients commit suicide. Amer. J. Psychotherapy 19, 57o-76 (1965)

66. LONNQVIST, J., NISKANEN, P., RINTA-MÄNTY, R, ACHTE, K.:

Suicides in psychiatric hospitals in different therapeutic aeras: A review of literature and own study. Psychiat. Fennica 265-273 (1974)

67. LÖWNAU, H. W.:

Suicidale Tendenzen bei neurotischen Kindern und Jugendlichen. Zentralblatt für ges. Neural. und Psychiat. 196, 6-7 (1969).

68. MEHNE, P.:

Ursachen und Häufigkeit von Suiziden und Suizidversuchen über 65jähriger Patienten im psychiatrischen Krankenhaus. Akt. Geront. 7, 1o5-1o8 (1977)

69. MENNINGER, K. A.:

Man against himself, Harcaurt, N. Y. 229-35o (1938)

7o. MENNINGER, K. A.:

Das Leben als Balance. R. Piper Verlag, 74-96 (1968)

71. MOTTO, J. A. und C. GREENE:

Suicide and the medical community. Arch. Neural. Psychiat. 8o, 776-781 (1958)

72. MYERS, D. H. und C. D. NEAL:

Suicide in psychiatric-patients. Brit. J. Psychiat. 133, 38-44 (1978)

73. NEILL, K. et al.:

The psychological Autopsy: A technique for investigatting a hospital suicide. Hosp. Community Psychiat. 25, 33-36 (1974)

74. NEUMANN, M.:

Suicide proneness: Research based on a study of 38 patients who commited suicide. Israel Annal of Psychiat. and Related Disciplines 9 (1), 39-51 (1971)

75. NISKANEN, P., LÖNNQVIST, J., ACHTE, K., RINTA-MÄNTY, R.:

Suicides in Helsinki psychiatric hospitals in 1964-1972. Psychiatria Fennica 275-28o (1974)

76. NOYERS, R. J.:

The taboo of suicide. Psychiatry 31, 173-183 (1968)

77. ØDEGARD, Ø.:

Mortality in Norwegian mental hospitals from 1916 to 1933. Acta Psychiat. Scand. 11, 323-356 (1936)

78. ØDEGARD, Ø.:

Mortality in Norwegian mental hospitals from 1926 to 1941. Acta Genet. (Basel) 2, 141-173 (1951)

79. ØDEGARD, Ø.:

Mortality in Norwegian psychiatric hospitals 195o-1962. Acta Genet. (Basel) 17, 137-53 (1967)

8o. PANSE, F.:

Das psychiatrische Krankenhauswesen (Entwicklung, Stand, Reichweite und Zukunft). Georg Thieme Verlag Stuttgart, 19, 5-69, 593-594 (1964)

81. PETRI, H.:

The problem of suicide in psychiatric clinics. Zeitschrift für Psychotherapie und med. Psychologie 2o (1), 1o-18 (197o)

82. PINEL, PH.:

Tratado Médico- Filosófico de la Enagenación del Alma o Mania. Madrid en la Imprenta Real (18o4) 217-22o

83. POHLMEIER, H.:

Noch eine Bemerkung zu der Mitteilung von P. Reimer: "Die Öffnung der Türen im psychiatrischen Krankenhaus und die Suizidgefahr", Nervenarzt 5o, 26o (1979)

84. POKORNY, A. D.:

Characterisitic of fourty-four patients who subsequently commited suicide. Arch. gen. Psychiat. 2, 314-323 (196o)

85. POKORNY, A. D.:

Suicide rates in various psychiatric disorders. J. Nerv. Ment. Dis. 139, 449-5o6 (1964)

86. POKORNY, A. D.: A follow-up study of 618 suicidal patients. Amer. J. Psychiat. 122, 11o9-1116 (1966)

87. POUGET, R. und J. F. BERTIER:

Suicide apres sortie de l'hospital psychiatrique. Annales médico-psychologiques. Paris, 1 (9), 27-57 (1973

88. RAVN, J.:

Selbstmord in einem psychiatrischen Krankenhaus. Z. Präv.-Med. 1o, 513-514 (1965)

89. REIMER, F.:

Die Öffnung der Türen im psychiatrischen Krankenhaus und die Suizidgefahr. Der Nervenarzt 49, 678-679 (1978)

9o. RETTERSTÖL, N.:

Suizidproblematik in Norwegen, Fortschritte der Neurologie-Psychiat. 43 (1), 42-5o (1975)

91. RIPLEY, H. S.:

Suicide in general hospitals. West. J. Med. 13o (5), 4o8-41o (1979)

92. RITZEL, G.:

Beitrag zum Suizid in psychiatrischen Kliniken. Fortschr. Neurol. Psychiat. 42, 38-5o (1979)

93. ROBIN, A. A. BROOKE, E. M., FREEMAN-BROWNE, D.L.:

Some aspects of suicide in psychiatric patients in Southend Brit. J. Psychiat. 114, 739-747 (1968)

94. ROBINS, E., MURPHY, G.E., WILKINSON, R.H., GASSNER, S.:

Some clinical considerations in the prevention of suicides based on a study of 134 successful suicides. Amer. J. Publ. Hlth. 49, 888-899 (1959)

95. RORSMAN, B.:

A comparison of suicide psychiatric patients and control psychiatric patients. Soc. Psychiat. 8, 55-66 (1973) .

96. RORSMAN, B.:

Suicide amoung swedish psychiatric patients. Sozial Psychiat. 8, 14o-144 (1973)

97. ROTOV, M.:

Death by suicide in the hospital: An analysis of 2o therapeutic failures. Amer. J. Psychotherapy 25 (2), 216-227 (197o)

98. SADGER, J.:

Ein Beitrag zum Problem des Selbstmordes. Zeitschrift für psychoanalytische Pädagogik 3, 423-426 (1929)

99. SAUGSTAD, L. F.:

Mortality in psychiatric hospitals in Norway 195o-1974. Acta Psychiat. Scand. 59, 431-447 (1979)

1oo. SHNEIDMAN, E. S.:

Suicide. Comprehensive Textbook of Psychiatry/II. hrg. Freedman, A.: Kaplan, H. Sec. Edit. Chap. 29, 1175-1785 (1976)

1o1. SLETTEN, J. W.: Suicide in mental hospital patients. Dis. Nerv. Syst. 33, 328-334 (1972)

1o2. SCHLETTER, E.:

Zur Psychologie des Selbstmordes. Intern. Z. Individ. psychiat. 7, 7 (1929)

1o3. SCHMIDT, D.:

Suizidalität bei Patienten einer geriatrischen Abteilung. Akt. Geront. 7, 1o1-1o4 (1977)

1o4. SCHULTE, W.:

Klinik der "Anstalts"-Psychiatrie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 4-11, 28 (1962)

1o5. SCHWARTZ, D. A., FLINN, D.E., SLAWSON, P.F.:

Suicide in the psychiatric hospital. Am. J. Psy. 132, 2, 15o-153 (1975)

1o6. SCHWARZ, J.:

Suizid im Krankenhaus. Beitr. Gerichtl. Med. 26, 1oo-1o (1969)

1o7. STENBACK, A.; ACHTÉ, K. A. und R. H. RIMON:

Physical disease, hypochondriac and alcohol addiction in suicides committed by mental hospitals patients. Brit. J. Psychiat. 3, 933-937 (1965)

1o8. STENGEL, E.:

Selbstmord und Selbstmordversuch. Psychiatrie der Gegenwart, Hrsg. v. H. W. Gruhle; R. Junge; W. Mayer-Gross; M. Müller, Springer-Verlag 3, 51-74 (1961)

1o9. STORK, J.:

Das suizidale Feld. Schweizer Archiv f. Neurologie, Neurochirurgie und Psychiat. 12o, 2, 283-296 (1977)

11o. THEMOCHE, A.; PUGH, T. F. und B. MACMAHON:

Suicides rates amoung current and former mental institution patients. J. Nerv. Ment. Dis. 138, 124-13o (1964)

111. WALL, J. H.:

The psychiatric problem of suicide. Amer. J. Psychiat. 1o1, 4o4-4o6 (1944)

112. WEISS, J.:

The suicidal patient. American Handbook of Psychiatry. Basic Books. Chap. 8. 3, 117-128 (1966)

113. WEISS, J.:

Suicide. American Handbook of Psychiatry. Basic Books 2. Edit. Chap. 33, 744-765 (1974)

114. WHEAT, W. D.:

Motivational aspects of suicide in patients during and after psychiatric treatment. Southern Med. J. 53, 273-278 (196o)

115. WILSON, G. C. J.:

Suicide in psychiatric patients who received hospital treatment. Am. J. Psy. 125, 6, 752-757 (1968)

116. WALFERSDORF, M.:

Suizide und Suizidversuche in unseren Häusern und Einzugsgebieten. Suizidprophylaxe 2, 113-126 (1979)

117. ZILBOORG, G.:

Differential diagnostic types of suicide. Arch. Neurol. 25, 27o-291 (1936)

118. ROHDE, J.J.:

Soziologie des Krankenhauses
Ferdinand Enke-Verlag, 57-9o (1962)

8. Danksagung

Mein besonders herzlicher Dank geht an Herrn Prof. Dr. med. Wilhelm Feuerlein, dem ich das Thema und die wohlwollende Beratung dieser Arbeit verdanke.

Ebenfalls danke ich Herrn Dr. E. Hansert, Leiter der biostatistischen Abteilung des MPI München, für seine großzügige Hilfsbereitschaft und Auswertung der Daten.

Für die Beiträge, die ich von Herrn Priv.-Doz. G. Kockott, Dipl.-Psych. H. Küfner, Herrn K. Meyer und S. Jaworski bekommen habe, möchte ich mich auch bedanken.

Weiter möchte ich meinen Dank an Frau Dr. Zimmermann vom Statistischen Landesamt Bayern, Herrn Dr. med. J. Bienert, Direktor des Bezirkskrankenhauses Mainkofen; Herrn Prof. Dr. med. F. Böker, Direktor des Nervenkrankenhauses des Bezirks Oberfranken, Bayreuth; Herrn Priv.-Doz. Dr. med. Diehl, Direktor des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren; Herrn Dr. med. G. Glatthaar, Direktor des Bezirkskrankenhauses Ansbach; Herrn Dr. med. K.-O. Kroiß, Direktor des Nervenkrankenhauses in Lohr am Main und Herrn Dr. med. S. Maier, Direktor des Nervenkrankenhauses Regensburg für die Unterstützung und die Bereitstellung der Krankenblätter aussprechen.

Für das freundliche Entgegenkommen möchte ich mich bei Herrn Dr. med. H. Kroiß, Direktor des Bezirkskrankenhauses Gabersee, Herrn Prof. Dr. med. E. Lungershausen, Direktor des Bezirkskrankenhauses Günzburg, Herrn Dr. med. . Meyer, Direktor des Bezirkskrankenhauses Erlangen und Herrn Dr. med. Ch. Schulze, Direktor des Bezirkskrankenhauses Haar bei München bedanken.

9. Lebenslauf

Geboren: 27. Juli 1945, Rendsburg, Schleswig-Holstein

Auswanderung nach Mexiko: Juli 1951

Bildungsgang:

1953-1960 Grundschule
Deutsche Schule "Alexander von Humboldt"

1961-1963 Mittelschule
Englische Schule

1964-1966 Gymnasium
Oberschule Mixcoac

1967-1973 Medizinstudium an der Autonomen Nationaluniversität von Mexiko

16. August 1973 Staatsexamen

Doktorarbeit: "Statistische Berechnung der Psychopathologie im Paedopsychiatrischen Krankenhaus"

1974-1977 Psychiatrische Ausbildung
Psychiatrisches Lehrkrankenhaus "Fray Bernardino Alvarez"

15. November 1976 Fachausbildungsexamen

Doktorarbeit: "Das Problem des Seins"

1975-1977 Psychiatrische Ausbildung
Autonome Nationaluniversität von Mexiko, Medizinische Fakultät. Abteilung der Psychiatrie, Psychologie und Seelische Gesundheit

15. März 1977 Fachausbildungsexamen

Doktorarbeit: "Das Problem des Seins und die Psychiatrie"

1975-1978 Wissenschaftlicher Assistent der Neurophysiologie der Autonomen Nationaluniversität von Mexiko. Hilfsprofessor in der Lehre der allgemeinen Physiologie.

1977-1978 Oberarzt. Psychiatrisches Landeskrankenhaus "Dr. Samuel Ramirez Moreno",
Hilfsprofessor in der Lehre der Psychiatrie

1978-1980 Stipendiat am Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München

1980 Wissenschaftlicher Assistent am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim